

## Załącznik do obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 2021-12-20 (poz. 100)

## Wykaz refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 2022-01-01

## A 1. Leki refundowane dostępne w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	8-Methoxypsoralenum	Oxsoralen, kaps. miękkie, 10 mg	50 szt.	05909990244713	2022-01-01	3 lata	52.0, Leki przeciwluszczykowe do stosowania ogólnego - psoraleny - metoksalen	12,74	17,56	17,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,27
2	Acarbosum	Adeksa, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990893423	2019-05-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfa-glukozydazy - akarboza	13,28	18,23	18,23	Cukrzyca		30%	5,47
3	Acarbosum	Adeksa, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990893386	2019-05-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfa-glukozydazy - akarboza	7,45	10,41	9,12	Cukrzyca		30%	4,03
4	Acarbosum	Glucobay 100, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990285518	2022-01-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfa-glukozydazy - akarboza	13,28	18,23	18,23	Cukrzyca		30%	5,47
5	Acarbosum	Glucobay 50, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990285419	2022-01-01	3 lata	17.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - inhibitory alfa-glukozydazy - akarboza	7,45	10,41	9,12	Cukrzyca		30%	4,03
6	Acebutololi hydrochloridum	Acebutolol Aurovitas, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909991370916	2020-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,18	8,34	5,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,60
7	Acebutololi hydrochloridum	Acebutolol Aurovitas, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991370954	2020-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,38	16,27	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,58
8	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990109920	2022-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,75	11,04	5,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
9	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990110018	2022-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,31	20,40	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,71
10	Acenocoumarolum	Acenocoumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	8,32	11,86	11,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,12
11	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991413590	2021-09-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	9,70	13,74	12,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,57
12	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991413675	2021-09-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	15,66	22,00	22,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,00
13	Aciclovirum	Aciclovir Aurovitas, tabl., 800 mg	30 szt.	05909991413736	2021-09-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	31,32	41,47	41,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,74
14	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991049515	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	9,72	13,75	12,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,58
15	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991052218	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	16,20	22,57	22,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,29
16	Aciclovirum	Hascovir, tabl., 800 mg	30 szt.	05909990835782	2019-05-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	32,40	42,60	42,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,30
17	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840014	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	11,52	15,64	12,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,47
18	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990840113	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	21,03	27,64	24,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,29
19	Aciclovirum	Heviran, tabl. powł., 800 mg	30 szt.	05909990840229	2022-01-01	3 lata	115.2, Leki przeciwwirusowe - acyklowir - postacie do stosowania doustnego	38,87	49,39	49,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,70
20	Acidum alendronicum	Alendran 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990072156	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,26	11,80	11,80	Osteoporoza		30%	3,54



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
21	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	6,59	10,05	10,05	Osteoporoza		30%	3,02
22	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673	2019-09-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	5,40	8,80	8,80	Osteoporoza		30%	2,64
23	Acidum alendronicum	Alendronic Acid Genoptim, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990675302	2019-07-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	5,94	9,37	9,37	Osteoporoza		30%	2,81
24	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,46	12,01	11,90	Osteoporoza		30%	3,68
25	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,48	12,03	11,90	Osteoporoza		30%	3,70
26	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	12,71	17,48	17,48	Osteoporoza		30%	5,24
27	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powł., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517	2022-01-01	3 lata	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	8,35	11,90	11,90	Osteoporoza		30%	3,57
28	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-05-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	4,00	5,88	5,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	5,88
29	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-05-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	27.0, Kwas foliowy i pochodne - kwas foliowy	2,81	3,51	1,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1> choroby reumatyczne - u pacjentów leczonych metotreksatem; <2> łuszczyca - u pacjentów leczonych metotreksatem	ryczałt	3,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
30	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabletki dojelitowe, 180 mg	120 tabl.	05909991227272	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	98,28	115,65	92,96	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	25,89
31	Acidum mycophenolicum	Marelim, tabletki dojelitowe, 360 mg	120 tabl.	05909991227319	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	206,28	233,05	185,93	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	50,32
32	Acidum ursodeoxycholicum	Proursan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	80,89	95,76	77,26	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	41,68
33	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	75,60	90,91	85,84	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	30,82
34	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	68,04	82,27	77,26	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	28,19
35	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	39,96	50,68	50,68	Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	15,20
36	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	66,96	81,84	81,84	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	24,55
37	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	50 szt.	05909991325770	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	245.0, Leki stosowane w chorobach dróg żółciowych i wątroby – kwas ursodeoksycholowy	33,48	42,92	42,92	Zaburzenia czynności wątroby i dróg żółciowych związane z mukowiscydozą; Pierwotna żółciowa marskość wątroby w początkowym stadium choroby	cholestaza ciężarnych	30%	12,88
38	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	34,78	44,49	44,49	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
39	Acidum valproicum	Convulex, kaps. miękkie, 500 mg	100 szt.	05909990023813	2022-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	34,78	44,49	44,49	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
40	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	10,43	14,64	13,35	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,49
41	Acidum valproicum	Convulex 150, kaps. miękkie, 150 mg	100 szt.	05909990244317	2022-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	10,43	14,64	13,35	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,29
42	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	20,94	27,78	26,69	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,29
43	Acidum valproicum	Convulex 300, kaps. miękkie, 300 mg	100 szt.	05909990244416	2022-01-01	3 lata	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	20,94	27,78	26,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,09
44	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blis.)	05909990694327	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,26	16,49	13,60	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,09
45	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 300, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 87+200 mg	30 szt. (blis.)	05909990694327	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,26	16,49	13,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
46	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,61	21,42	21,42	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
47	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991210328	2019-05-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,61	21,42	21,42	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
48	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,88	21,71	21,71	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
49	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt.	05909991229610	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,88	21,71	21,71	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
50	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	16,79	22,66	22,66	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
51	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chrono 500, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 145+333 mg	30 szt. (blist.)	05909990694426	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	16,79	22,66	22,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
52	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granul. o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,02	6,68	4,53	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
53	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 100, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 29,03+66,66 mg	30 sasz.po 303 mg	05909990425693	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	5,02	6,68	4,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,15
54	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	42,23	52,13	45,32	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	10,01
55	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 1000, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 290,27+666,60 mg	30 sasz.po 3030 mg	05909990425754	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	42,23	52,13	45,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,81
56	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,56	16,33	11,33	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,20
57	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 250, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 72,61+166,76 mg	30 sasz.po 758 mg	05909990425709	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	12,56	16,33	11,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,00
58	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,11	27,20	22,66	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	7,74
59	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 500, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 145,14+333,30 mg	30 sasz.po 1515 mg	05909990425730	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	21,11	27,20	22,66	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
60	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postaciach farmaceutycznych o przedłużonym uwalnianiu	31,59	39,64	33,99	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	8,85
61	Acidum valproicum + Natrii valproas	Depakine Chronosphere 750, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 217,75+500,06 mg	30 sasz.po 2273 mg	05909990425747	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postaciach farmaceutycznych o przedłużonym uwalnianiu	31,59	39,64	33,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	5,65
62	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	2021-05-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	91,80	109,60	107,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,47
63	Acidum zoledronicum	Zerlinda, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991103163	2020-09-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	94,82	112,78	107,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,65
64	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990975730	2021-05-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	83,16	100,53	100,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
65	Acidum zoledronicum	Zoledronic acid Actavis, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	4 fiol. (5 ml)	05909990975747	2021-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	365,04	405,20	405,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
66	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	2021-07-01	3 lata	146.3, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas zoledronowy	89,64	107,33	107,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
67	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	100 szt.	05909990907755	2019-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	138,24	160,91	160,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
68	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909990907731	2019-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	43,20	54,21	49,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,29
69	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	100 szt.	05909990907786	2019-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	345,60	384,45	384,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
70	Acitretinum	Acitren, kaps. twarde, 25 mg	30 szt.	05909990907762	2019-09-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	103,68	122,80	122,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
71	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	100 szt.	05909990697021	2022-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	138,24	160,91	160,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
72	Acitretinum	Neotigason, kaps., 10 mg	30 szt.	05909990854462	2018-01-01	5 lat	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	43,20	54,21	49,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,29
73	Acitretinum	Neotigason, kaps., 25 mg	100 szt.	05909990696925	2022-01-01	3 lata	53.0, Leki przeciwluszczycowe do stosowania ogólnego - retynoidy - acytretyna	345,60	384,45	384,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
74	Adrenalinum	Adrenalina WZF, roztwór do wstrzykiwań, 300 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909991069711	2019-07-01	3 lata	32.1, Leki stosowane doraźnie w nagłych przypadkach anafilaksji - leki adrenergiczne i dopaminergiczne - epinefryna - do podawania pozajelitowego	44,28	55,64	55,64	Leczenie doraźne w nagłych przypadkach ostrej reakcji alergicznych (anafilaksji), wywołanych przez pokarmy, leki, ukąszenia i użądlenia owadów oraz inne alergeny, jak również w przypadku anafilaksji samoistnej		50%	27,82
75	Agomelatinum	Agolek, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991388768	2021-07-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	50,65	62,87	61,55	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	19,79
76	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05901720140494	2021-07-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	52,38	65,06	65,06	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	19,52
77	Agomelatinum	Agomelatine +pharma, tabl. powł., 25 mg	90 szt.	05901720140418	2020-09-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	157,68	182,23	182,23	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	54,67
78	Agomelatinum	Agomelatine Adamed, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991387266	2021-07-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	51,30	63,56	61,55	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	20,48
79	Agomelatinum	Agomelatine G.L. Pharma, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	09008732009293	2020-03-01	2 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	48,60	60,72	60,72	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	18,22
80	Agomelatinum	Agomelatyna Egis, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05995327174952	2021-09-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	49,63	61,80	61,55	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	18,72

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
81	Agomelatinum	Lamegom, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	03838989699352	2021-05-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	49,39	61,55	61,55	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	18,47
82	Agomelatinum	Sedival, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991419172	2020-09-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	49,68	61,85	61,55	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	18,77
83	Agomelatinum	Symago, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991391423	2021-07-01	3 lata	225.1, Leki przeciwdepresyjne - agomelatyna	49,39	61,55	61,55	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych z widocznymi w obrazie klinicznym objawami zaburzeń snu lub lęku, lub anhedonii		30%	18,47
84	Alergeny kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie: 1 - 50 TU/ml lub 50 PNU/ml; 2 - 500 TU/ml lub 500 PNU/ml; 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	3 fiole, po 4,5 ml (stężenia 1-3)	05909990001118	2022-01-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	357,39	397,14	397,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,41
85	Alfuzosini hydrochloridum	Alfuzostad 10 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990619580	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,97	24,14	24,14	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
86	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,13	11,98	8,21	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,97
87	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991288457	2020-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,85	18,76	18,76	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
88	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991392055	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,91	18,83	18,83	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
89	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (blister)	05909990837816	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	24,30	30,79	24,64	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,42



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
90	Alfuzosinum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990746576	2019-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,14	24,32	24,32	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
91	Alfuzosinum	Alfurion, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945	2017-03-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,50	19,45	19,45	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,27
92	Allopurinolum	Allupol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990109418	2022-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,67	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
93	Allopurinolum	Allupol, tabletki, 300 mg	30 tabl.	05909991316228	2017-07-01	5 lat	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,58	14,83	14,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
94	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	100 szt.	05907626706529	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	11,02	15,54	15,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
95	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 100 mg	50 szt.	05907626706505	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,51	8,14	8,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
96	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	100 szt.	05907626706628	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	33,05	42,75	42,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
97	Allopurinolum	Argadopin, tabl., 300 mg	30 szt.	05907626706604	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	9,91	14,13	14,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
98	Allopurinolum	Milurit, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990163212	2022-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	5,88	8,52	8,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
99	Allopurinolum	Milurit, tabl., 300 mg	30 szt.	05909990414819	2022-01-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	10,69	14,94	14,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
100	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	169.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - amantadyna	14,90	20,28	20,28	Choroba i zespół Parkinsona	dyskineza późna u osób dorosłych - leczenie	30%	6,08
101	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,59	8,58	8,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	2,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
102	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,19	6,92	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; <2>moczówka nerkopochodna	30%	3,34
103	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818	2022-01-01	3 lata	31.0, Leki przeciwartymiczne klasy III - amiodaron	17,63	23,71	23,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
104	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991412876	2020-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	23,33	30,69	27,91	Schizofrenia		ryczałt	5,98
105	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991412883	2020-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	46,66	58,40	55,82	Schizofrenia		ryczałt	5,78
106	Amisulpridum	Amipryd, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991412906	2020-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,31	111,39	111,39	Schizofrenia		ryczałt	3,20
107	Amisulpridum	Amisan, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990762965	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	44,01	55,62	55,62	Schizofrenia		ryczałt	3,20
108	Amisulpridum	Amisan, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990762996	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,53	111,63	111,63	Schizofrenia		ryczałt	3,20
109	Amisulpridum	Amisan , tabl., 200 mg	60 szt.	05909990762972	2021-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,64	111,73	111,63	Schizofrenia		ryczałt	3,30
110	Amisulpridum	Amisan , tabl., 50 mg	60 szt. (5 blist.po 12)	05909990762880	2019-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	23,76	31,13	27,91	Schizofrenia		ryczałt	6,42
111	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991348557	2019-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	46,76	58,51	55,82	Schizofrenia		ryczałt	5,89
112	Amisulpridum	ApoSuprid, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991348649	2019-09-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,53	111,63	111,63	Schizofrenia		ryczałt	3,20
113	Amisulpridum	Solian, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990840816	2019-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	23,76	31,13	27,91	Schizofrenia		ryczałt	6,42
114	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990840915	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	47,47	59,25	55,82	Schizofrenia		ryczałt	6,63
115	Amisulpridum	Solian, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991452261	2021-11-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	90,72	108,67	108,67	Schizofrenia		ryczałt	3,20
116	Amisulpridum	Solian, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990841011	2022-01-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	94,93	113,09	111,63	Schizofrenia		ryczałt	4,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
117	Amisulpridum	Symamis, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991410773	2020-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	46,71	58,46	55,82	Schizofrenia		ryczałt	5,84
118	Amisulpridum	Symamis, tabl., 400 mg	30 szt.	05909991410803	2020-03-01	3 lata	178.11, Leki przeciwpsychotyczne - amisulpiryd	93,42	111,50	111,50	Schizofrenia		ryczałt	3,20
119	Amlodipini besilas	ApoAml, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,94	9,79	9,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,94
120	Amlodipini besilas	ApoAml, tabl., 5 mg	30 tabl.	05909991322816	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,02	5,22	5,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,57
121	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,53	12,51	12,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,75
122	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,08	7,38	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,55
123	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991226909	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,95	11,90	11,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,57
124	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,76	13,80	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,14
125	Amlodipinum	Agen 10, tabletki, 10 mg	30 tabl.	05909991302184	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,94	11,89	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,57
126	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991226916	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	15,90	22,27	22,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,68
127	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991436636	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	16,42	22,81	22,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
128	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.)	05909991067540	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	17,06	23,48	23,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,04
129	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,90	7,19	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,36
130	Amlodipinum	Agen 5, tabletki, 5 mg	30 tabl.	05909991295226	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,29	6,54	6,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,96
131	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991436759	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,21	12,17	12,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,65
132	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991295233	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,53	12,51	12,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,75
133	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.)	05909991067533	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,53	12,51	12,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,75
134	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,69	14,77	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,11
135	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,51	7,83	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,00
136	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,69	14,77	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,11
137	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991068097	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	19,96	26,53	26,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	7,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
138	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,35	7,66	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,83
139	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067991	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,98	14,03	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,37
140	Amlodipinum	Amlodipine Aurobindo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990955008	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,86	9,70	9,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,91
141	Amlodipinum	Amlodipine Aurobindo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990954254	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,00	5,19	5,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,56
142	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	9,88	9,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,96
143	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,01	5,20	5,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,56
144	Amlodipinum	Amlodipine Orion, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991392079	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,43	10,30	10,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,09
145	Amlodipinum	Amlodipine Orion, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991392062	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,24	5,44	5,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,63
146	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990842698	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,91	10,81	10,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,24
147	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990842476	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,89	6,12	6,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
148	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991361020	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,15	9,83	9,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,95
149	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991312343	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,16	9,84	9,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,95
150	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909997213699	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,10	12,06	12,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,62
151	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,26	16,42	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,76
152	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991312244	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,94	6,05	6,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,82
153	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991361013	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,07	6,18	6,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,85
154	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909997213675	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,21	6,46	6,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,94
155	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,10	8,46	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,63
156	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	14,83	19,12	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	9,46
157	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,56	13,13	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	8,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
158	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	9,72	13,76	13,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,13
159	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2.5 mg	30 szt.	05909990907311	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,10	5,33	3,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,92
160	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,86	7,14	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,31
161	Amlodipinum	Finamlox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990794461	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,10	14,16	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,50
162	Amlodipinum	Finamlox, tabl., 5 mg	30 tabl.	05909990794430	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,70	6,98	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,15
163	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	8,49	12,46	12,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,74
164	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	4,21	6,46	6,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,94
165	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,69	14,77	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	5,11
166	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,35	7,66	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,83
167	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	16,04	21,41	20,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	6,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
168	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991283797	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,48	10,17	10,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,05
169	Amlodipinum	Vilpin, tabletki, 10 mg	28 tabl.	05909991312374	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,48	10,17	10,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	3,05
170	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,48	14,56	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	4,90
171	Amlodipinum	Vilpin, tabletki, 5 mg	28 tabl.	05909991312367	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,94	6,05	6,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	1,82
172	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,13	7,43	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	30%	2,60
173	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920	2021-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,11	18,02	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,41
174	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838	2021-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,11	18,02	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,41
175	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746	2021-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,56	9,46	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,15
176	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288	2021-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,82	22,96	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,35
177	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384	2021-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,99	43,37	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,14
178	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257	2021-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,82	22,96	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,35



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
179	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377	2021-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,99	43,37	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,14
180	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226	2021-05-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,91	11,93	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,62
181	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360	2021-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,50	22,63	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,02
182	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347	2021-07-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,13	20,14	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,53
183	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330	2021-07-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,13	20,14	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,53
184	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	25,46	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,85
185	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	25,46	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,85
186	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	25,46	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,85
187	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	16 szt.	05909990691319	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	11,79	15,99	13,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	5,35
188	Amoxicillinum	Amotaks, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089153	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	18,31	17,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,21
189	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990691517	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,70	10,17	6,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	6,45
190	Amoxicillinum	Amotaks, kaps. twarde, 500 mg	20 szt.	05909991089108	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	10,41	8,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
191	Amoxicillinum	Amotaks, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	100 ml (65,3 g)	05909991298258	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	19,39	25,86	25,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,56
192	Amoxicillinum	Amotaks, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	60 ml	05909990794379	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	11,88	16,37	15,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,27
193	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 1 g	20 szt.	05909991089146	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	18,31	17,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,21
194	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 500 mg	20 szt.	05909991089122	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	10,41	8,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,96
195	Amoxicillinum	Amotaks Dis, tabl., 750 mg	20 szt.	05909991089139	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,83	13,78	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,00
196	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 1 g	16 szt.	05909991043728	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,48	14,62	13,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,98
197	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 500 mg	16 szt.	05909991043520	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,78	8,15	6,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,43
198	Amoxicillinum	Amotaks DIS, tabl., 750 mg	16 szt.	05909991043629	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	8,53	11,83	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,65
199	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 1000 mg	16 szt.	05909991373139	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	10,00	14,11	13,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,47
200	Amoxicillinum	Amoxicillin Aurovitas, tabl. do sporz. zaw. doustnej, 750 mg	16 szt.	05909991373061	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,50	10,75	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
201	Amoxicillinum	Hiconcil, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml	05909990083619	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	8,64	12,57	12,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
202	Amoxicillinum	Hiconcil, kaps. twarde, 500 mg	16 szt.	05909990066117	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,72	8,08	6,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	4,36
203	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 1000 mg	16 szt.	05909990293322	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,82	13,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
204	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990293124	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	5,27	7,61	6,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,89
205	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but. 60 ml	05907626702361	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	11,61	16,09	15,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,99
206	Amoxicillinum	Ospamox, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990781874	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.2, Penicyliny półsyntetyczne doustne - płynne postacie farmaceutyczne	19,05	25,50	25,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
207	Amoxicillinum	Ospamox, tabl. powł., 750 mg	16 szt.	05909990293223	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	7,72	10,98	10,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,80
208	Amoxicillinum	Ospamox 1000 mg, tabl., 1000 mg	20 szt.	05909990778041	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	12,53	17,30	17,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,20
209	Amoxicillinum	Ospamox 500 mg, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990788453	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	6,48	9,27	8,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,82
210	Amoxicillinum	Ospamox 750 mg, tabl. powł., 750 mg	20 szt.	05909990788477	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.1, Penicyliny półsyntetyczne doustne - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,67	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	ryczałt	3,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
211	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (35 g)	05909990894833	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,68	29,40	25,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,42
212	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	35 ml (8,75 g)	05909990894819	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	8,37	10,83	6,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,59
213	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (17,5 g)	05909990894826	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	15,12	19,44	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,95
214	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990081912	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,14	17,74	15,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,23
215	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991322939	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,28	23,84	23,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,92
216	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991250324	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,85	25,49	25,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,75
217	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05902023777837	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,85	25,49	25,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,75
218	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991243319	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,44	26,11	26,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,06
219	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990411115	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	23,00	29,85	26,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,71
220	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksyklav, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991449544	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	27,76	36,22	36,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
221	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991417871	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	28,19	36,67	36,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,34
222	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991012960	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	41,09	37,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	22,32
223	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 1000 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 875+125 mg	14 szt.	05909990649747	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	21,44	28,39	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,20
224	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amoksiklav QUICKTAB 625 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej/tab. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 500+125 mg	14 szt.	05909990646906	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	12,26	16,94	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,83
225	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909991284220	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	10,91	15,40	15,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,89
226	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Amylan, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991284237	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,28	23,84	23,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,92
227	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	140 ml (but.)	05909991343262	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	19,59	26,16	25,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,18
228	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (but.)	05909991343255	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	9,80	13,85	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,36
229	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05903060615922	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,65	16,17	15,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,66
230	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 875+125 mg	14 sasz.	05903060615908	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	21,31	28,26	28,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
231	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Auglavin PPH, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05903060615953	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,40	27,12	26,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,98
232	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 250+125 mg	21 szt.	05909990064120	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	9,85	13,58	11,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,95
233	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909991424084	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	10,58	15,05	15,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,54
234	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909997199702	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,85	17,43	15,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	9,92
235	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990368235	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	12,99	17,58	15,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,07
236	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997230740	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,66	26,34	26,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,20
237	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997198385	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,95	27,70	26,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,56
238	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991209483	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,95	27,70	26,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,56
239	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997230542	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,95	27,70	26,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,56
240	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909997217345	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,01	27,76	26,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
241	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991248949	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	21,01	27,76	26,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,62
242	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990717521	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	23,98	30,87	26,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,73
243	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991093990	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	29,03	37,55	37,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	18,78
244	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	1 but. a 100 ml	05909990614318	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	30,19	37,51	27,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	23,61
245	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Augmentin ES, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 600+42,9 mg/5 ml	50 ml	05909990614288	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	18,73	23,37	13,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,42
246	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Co-amoxiclav Bluefish, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909990744848	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,17	25,83	25,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,92
247	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400+57 mg/5 ml	70 ml (14 g)	05909991233846	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	9,77	13,82	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,33
248	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909991233525	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	11,88	16,41	15,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	8,90
249	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Hiconcil combi, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991233624	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,79	27,53	26,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,39
250	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991441517	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,17	25,83	25,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
251	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Penlac, tabl. powł., 875+125 mg	20 szt.	05909991444440	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	26,73	35,14	35,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,57
252	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Polamoklav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991392772	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,66	26,34	26,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,20
253	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991423513	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	18,04	24,64	24,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,32
254	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991042073	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	20,30	27,02	26,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	13,88
255	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991423520	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	27,05	35,70	35,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	17,85
256	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Ramoclav, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05909991042080	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	30,46	39,28	39,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,64
257	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 140 ml	05909990793587	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	22,66	29,38	25,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,40
258	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	1 but. 70 ml	05909990793600	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	15,11	19,43	12,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	12,94
259	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 400 + 57 mg/5 ml	35 ml	05909990793594	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.2, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - płynne postacie farmaceutyczne	8,01	10,45	6,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	7,21
260	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	14 szt.	05909990430628	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	13,34	17,95	15,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	10,44



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
261	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 500+125 mg	21 szt.	05909990430611	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	19,87	26,01	22,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	14,75
262	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991087715	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	23,00	29,85	26,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	16,71
263	Amoxicillinum + Acidum clavulanicum	Taromentin, tabl. powł., 875+125 mg	21 szt.	05904016012444	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	30,60	39,43	39,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	19,72
264	Amoxicillinum trihydricum + Kalii clavulonas	Amoxicillin + Clavulanic Acid Aurovitas, tabl. powł., 875+125 mg	14 szt.	05909991395759	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	17,23	23,79	23,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów z niedoborami odporności - profilaktyka	50%	11,90
265	Anastrozolum	Anastrozol Bluefish, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990802432	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,28	51,11	51,11	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii, Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
266	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991324315	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	37,80	48,51	48,51	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii, wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
267	Anastrozolum	Anastrozol Teva, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082162	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	46,98	58,15	51,68	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii, wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	6,47
268	Anastrozolum	Apo-Nastrol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990802050	<1>2019-05-01-<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	48,44	59,68	51,68	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	8,00
269	Anastrozolum	Arimidex, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990756711	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	51,62	63,03	51,68	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii, wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	11,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
270	Anastrozolum	Atrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909991090029	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	45,36	56,45	51,68	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	4,77
271	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990082148	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	48,38	59,62	51,68	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	7,94
272	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991453695	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	39,53	50,64	50,64	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii, wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
273	Anastrozolum	Egistrozol, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991464288	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	40,46	51,60	51,60	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii, wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
274	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990861040	2021-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	68,46	79,55	42,14	<1>Żylna powłokiana zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 38 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna; <2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	50,05
275	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991019396	2021-05-01	2 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	255,61	285,72	235,98	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej		30%	120,53
276	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	64,80	79,34	79,34	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m <sup>2</sup> – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem dokсорubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka	ryczałt	3,20
277	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8.0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	81,54	96,92	79,34	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m <sup>2</sup> – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem dokсорubicyny i cyklofosfamidu - profilaktyka	ryczałt	20,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
278	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8,0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	95,04	111,09	79,34	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m <sup>2</sup> – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamid - profilaktyka	ryczałt	34,95
279	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8,0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	59,40	73,67	73,67	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m <sup>2</sup> – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamid - profilaktyka	ryczałt	3,20
280	Aprepitantum	Aprepitant Teva, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991383169	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8,0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	64,80	79,34	79,34	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m <sup>2</sup> – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamid - profilaktyka	ryczałt	3,20
281	Aprepitantum	Emend, kaps. twarde, 125 mg, 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909990007387	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	8,0, Leki przeciwwymiotne - inne - aprepitant	64,80	79,34	79,34	Wczesne albo opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem cisplatyny w dawce >70 mg/m <sup>2</sup> – profilaktyka	wczesne lub opóźnione wymioty u osób dorosłych związane z silnie emetogenną chemioterapią z zastosowaniem doksorubicyny i cyklofosfamid - profilaktyka	ryczałt	3,20
282	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05901878600888	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	68,02	84,46	84,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
283	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05903792743528	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	68,04	84,48	84,48	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
284	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990002306	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	87,16	104,56	99,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	8,49
285	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05901878600895	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	136,04	159,88	159,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
286	Aripiprazolum	Abilify, tabl., 15 mg	56 szt.	05903792743535	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	136,08	159,92	159,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
287	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 15 mg	56 tabl.	05909990002337	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	172,86	198,54	198,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
288	Aripiprazolum	Abilify, tabletki, 30 mg	56 tabl.	05909990002382	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	350,68	389,80	389,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,95
289	Aripiprazolum	Abilify Maintena, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	1 fiol. proszku + fiol. rozp.	05702157142200	2020-09-01	3 lata	178.12. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	1026,43	1117,19	1117,19	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia aripiprazolem w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,00
290	Aripiprazolum	Apiprax, tabletki, 15 mg	28 szt.	05909991279691	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	77,76	94,69	94,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
291	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	28 szt.	05906414001068	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	68,36	82,33	66,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	19,35
292	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	56 szt.	05906414001730	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	138,56	160,04	132,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	31,66
293	Aripiprazolum	Apra, tabl., 10 mg	84 szt.	05906414001747	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	209,92	237,46	198,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	44,89
294	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	28 szt.	05906414001075	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	102,73	120,91	99,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	24,84
295	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	56 szt.	05906414001754	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	208,71	236,19	198,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	43,62
296	Aripiprazolum	Apra, tabl., 15 mg	84 szt.	05906414001761	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	319,25	354,52	297,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	65,67
297	Aripiprazolum	Apra, tabl., 30 mg	28 szt.	05906414001082	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	206,28	233,63	198,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	41,06

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
298	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05906414001020	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	68,36	82,33	66,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	19,35
299	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05906414001648	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	138,56	160,04	132,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	31,66
300	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414001655	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	209,92	237,46	198,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	44,89
301	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05906414001037	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	102,55	120,72	99,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	24,65
302	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05906414001662	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	208,71	236,19	198,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	43,62
303	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414001679	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	319,25	354,52	297,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	65,67
304	Aripiprazolum	Apra-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 30 mg	28 szt.	05906414001044	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	206,28	233,63	198,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	41,06
305	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 10 mg	56 szt.	05907529463284	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	138,24	159,70	132,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	31,32
306	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	28 szt.	05907529463314	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	102,75	120,93	99,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	24,86
307	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 15 mg	56 szt.	05907529463338	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	208,44	235,90	198,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	43,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
308	Aripiprazolum	Aribit, tabl., 30 mg	56 szt.	05907529463383	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	421,20	463,84	397,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	78,71
309	Aripiprazolum	Aribit ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991251475	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	102,75	120,93	99,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	24,86
310	Aripiprazolum	Aricogan, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991265526	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	78,30	95,26	95,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
311	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991232733	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	68,26	82,22	66,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	19,24
312	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991232832	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	101,91	120,05	99,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	23,98
313	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991232849	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	108,43	127,21	106,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	24,05
314	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991232856	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	208,66	236,13	198,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	43,56
315	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	60 szt.	05909991232863	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	224,10	252,67	212,72	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	46,35
316	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 15 mg	90 szt.	05909991232887	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	333,72	370,20	319,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	60,72
317	Aripiprazolum	Aripilek, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991232931	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	207,68	235,10	198,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	42,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
318	Aripiprazolum	Aripiprazole +pharma, tabl., 15 mg	30 szt.	05901720140241	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	108,00	126,76	106,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	23,60
319	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas/Aripiprazole Apotex, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991339951	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	100,16	118,21	99,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	22,14
320	Aripiprazolum	Aripiprazole Aurovitas/Aripiprazole Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt. (w blisterach perforowanych)	05909991270223	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	100,16	118,21	99,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	22,14
321	Aripiprazolum	Aripiprazole Mylan Pharma, tabletki, 15 mg	28 tabl.	05902020926771	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	116,42	135,29	99,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	39,22
322	Aripiprazolum	Aripiprazole Mylan Pharma, tabletki, 15 mg	56 tabl.	05902020926788	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	232,85	261,53	198,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	68,96
323	Aripiprazolum	Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 10 mg	28 tabl.	05909991305598	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	52,90	66,11	66,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
324	Aripiprazolum	Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 10 mg	56 tabl.	05909991305611	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,81	125,65	125,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,98
325	Aripiprazolum	Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 15 mg	14 tabl.	05909991305642	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	39,68	50,70	49,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	4,26
326	Aripiprazolum	Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 15 mg	28 tabl.	05909991305659	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	79,36	96,37	96,37	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
327	Aripiprazolum	Aripiprazole NeuroPharma, tabletki, 15 mg	56 tabl.	05909991305673	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	158,72	183,69	183,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
328	Aripiprazolum	Aripiprazole Orion, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991263850	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	69,55	86,07	86,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
329	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	28 szt.	05907626705690	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	69,12	83,13	66,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	20,15
330	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 10 mg	56 szt.	05907626705713	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	139,32	160,84	132,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	32,46
331	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	28 szt.	05907626705836	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,57	123,89	99,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	27,82
332	Aripiprazolum	Aripiprazole Sandoz, tabl., 15 mg	56 szt.	05907626705850	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	212,49	240,15	198,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	47,58
333	Aripiprazolum	Aripiprazole STADA, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991251604	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	59,40	75,41	75,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
334	Aripiprazolum	Aripiprazole SymPhar, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229634	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	96,98	114,87	99,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	18,80
335	Aripiprazolum	Aripsan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991259075	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	75,51	90,27	70,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	22,56
336	Aripiprazolum	Aripsan, tabl., 15 mg	30 szt.	05909991259143	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	117,26	136,48	106,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	33,32
337	Aripiprazolum	Aripsan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991259013	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	75,51	90,27	70,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	22,56



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
338	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991404659	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	52,81	66,00	66,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
339	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991404666	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,62	125,46	125,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,98
340	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991404673	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	79,23	96,23	96,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
341	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991404680	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	158,46	183,42	183,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
342	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 20 mg	28 szt.	05909991404697	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,62	125,46	125,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,98
343	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 20 mg	56 szt.	05909991404703	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	211,25	240,36	240,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	7,96
344	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991404710	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	158,46	183,42	183,42	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
345	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 30 mg	56 szt.	05909991404727	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	316,92	354,35	354,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	11,95
346	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991404635	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	26,41	34,77	33,09	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	4,88
347	Aripiprazolum	Arpixon, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991404642	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	52,81	66,00	66,00	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
348	Aripiprazolum	Arypiprazol Glenmark, tabl., 15 mg	28 szt.	05902020241447	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	79,23	96,23	96,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
349	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991205225	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	68,36	82,33	66,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	19,35
350	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991205256	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	136,72	158,11	132,36	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	29,73
351	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991385682	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	74,50	91,28	91,28	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
352	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991266202	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	74,52	91,29	91,29	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
353	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991205324	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	102,54	120,71	99,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	24,64
354	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991205355	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	205,08	232,37	198,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	39,80
355	Aripiprazolum	Aryzalera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909991205423	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	206,24	233,59	198,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	41,02
356	Aripiprazolum	Asduter, tabletki, 10 mg	28 szt.	05909991229696	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	69,12	83,13	66,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	20,15
357	Aripiprazolum	Asduter, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991229733	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7, Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	96,98	114,87	99,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	18,80

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
358	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	28 szt.	05909991236946	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	101,68	119,80	99,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	23,73
359	Aripiprazolum	Explemed, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991236953	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	203,36	230,57	198,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	38,00
360	Aripiprazolum	Explemed Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991237141	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.7. Leki przeciwpsychotyczne - aripiprazol	105,30	123,61	99,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zespół Tourette'a	ryczałt	27,54
361	Atomoxetine	Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909991412173	2020-11-01	3 lata	185.1. Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	52,38	65,03	63,36	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	4,87
362	Atomoxetine	Atomoksetyna Medice, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991412241	2020-11-01	3 lata	185.1. Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	84,24	101,37	101,37	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	3,20
363	Atomoxetine	Atomoxetine NeuroPharma, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991394738	2020-01-01	3 lata	185.1. Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	59,05	72,03	63,36	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	11,87
364	Atomoxetine	Atomoxetine NeuroPharma, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991394776	2020-01-01	3 lata	185.1. Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	94,50	112,15	101,37	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	13,98

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
365	Atomoxetine	Auroxety, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991393380	2021-05-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	23,33	30,33	25,34	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	8,19
366	Atomoxetine	Auroxety, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991393601	2021-05-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	41,99	52,56	45,62	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	10,14
367	Atomoxetine	Auroxety, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991393496	2019-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	61,42	74,52	63,36	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	14,36
368	Atomoxetine	Auroxety, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991393717	2019-09-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	98,28	116,11	101,37	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	17,94
369	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909991390938	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	24,08	31,10	25,34	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	8,96

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
370	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 18 mg	28 szt.	05909991390952	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	43,34	53,98	45,62	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	11,56
371	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909991390976	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	60,20	73,24	63,36	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	13,08
372	Atomoxetine	Konaten, kaps. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991390990	2020-01-01	3 lata	185.1, Leki psychoanaleptyczne - atomoksetyna	96,31	114,05	101,37	Nadpobudliwość psychoruchowa z deficytem uwagi oraz ze współistniejącymi chorobami, takimi jak: tiki, zespół Tourette'a, zaburzenia lękowe lub z udokumentowaną nietolerancją bądź niepowodzeniem terapii lekami psychostymulującymi jako element pełnego programu leczenia u dzieci od 6 roku życia oraz u młodzieży.		ryczałt	15,88
373	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,45	9,10	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,00
374	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,31	9,06	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
375	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,15	13,00	13,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,90
376	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,66	14,67	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,47
377	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,61	17,31	17,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,19
378	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,30	24,58	24,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,37
379	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,44	28,68	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	16,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
380	Atorvastatin	Atox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,23	32,85	32,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,86
381	Atorvastatin	Atox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	36,59	46,70	46,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,01
382	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990787586	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,61	9,27	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,17
383	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990787609	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,26	17,40	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,20
384	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990787647	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	25,87	31,23	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,83

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
385	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990991815	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,52	9,17	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,07
386	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990336647	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,51	27,03	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,73
387	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990991914	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,44	13,39	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,19
388	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991013806	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,98	25,05	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,65
389	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990419173	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,32	38,25	26,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	19,64



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
390	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990885282	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	14,36	18,47	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,17
391	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909990885299	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,21	33,93	26,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,32
392	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623464	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,88	25,99	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,59
393	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990623471	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	39,96	48,32	35,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	23,51
394	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990623488	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	62,64	74,05	53,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	36,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
395	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909990885336	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,40	39,38	26,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	20,77
396	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990885374	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	43,20	51,72	35,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	26,91
397	Atorvastatinum	Atorvagen, tabletki powlekane, 20 mg	28 tabl.	05909991385699	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,44	8,01	8,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,40
398	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990938926	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,80	9,57	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,37
399	Atorvastatinum	Atorvagen, tabletki powlekane, 40 mg	28 tabl.	05909991385675	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,31	14,73	14,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
400	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990938995	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,61	18,36	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,96
401	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	30 tabl.	05909991321611	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,72	8,43	8,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,53
402	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05909991321659	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,17	23,39	23,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,02
403	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 40 mg	30 tabl.	05909991321710	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,79	15,40	15,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,62
404	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	05909991321758	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,37	42,27	42,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,68

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
405	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382896	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,92	4,35	4,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,31
406	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991382902	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,83	8,55	8,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,57
407	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	07311920002252	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,47	21,60	21,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,48
408	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991382919	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,73	11,51	11,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,45
409	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991382926	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,65	16,30	16,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
410	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	07311920002276	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,62	28,01	28,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,40
411	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	07311920002269	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	30,93	40,76	40,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,23
412	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991382933	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,47	21,60	21,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,48
413	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991382940	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,62	28,01	28,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,40
414	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,24	4,68	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,58

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
415	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,70	9,47	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,27
416	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990899951	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,96	16,63	16,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,99
417	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990899975	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,93	24,20	24,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,26
418	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990900275	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,39	18,13	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,73
419	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990900305	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,90	31,46	31,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
420	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990900336	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	35,86	45,93	45,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,78
421	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990900459	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,78	31,33	31,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,40
422	Atorvastatinum	Atorvastatin Vitama, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991201050	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,31	14,90	14,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,47
423	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,77	9,44	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,34
424	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,54	18,75	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
425	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,09	36,71	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	24,31
426	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	28,26	36,03	35,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,22
427	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990573400	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,02	8,65	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,55
428	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990573530	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,88	14,90	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,70
429	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990573547	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,03	27,20	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,80



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
430	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990078141	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,59	7,16	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,06
431	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990078264	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,06	14,04	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,84
432	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078356	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,12	27,30	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,90
433	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	32,13	40,10	35,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,29
434	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990905508	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,08	6,62	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,52

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
435	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg	60 tabl.	05909990905539	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,80	9,57	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,37
436	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg	90 tabl.	05909990905553	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,10	14,00	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,70
437	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990905638	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,49	11,34	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,14
438	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg	60 tabl.	05909990905652	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,48	18,22	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,82
439	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05909990905676	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,82	26,17	26,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
440	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990905782	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,00	21,92	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,52
441	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg	60 tabl.	05909990905805	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,09	33,75	33,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,13
442	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	05909990905867	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	38,34	48,54	48,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,56
443	Atorvastatinum	Larus, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990078707	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,48	9,23	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,03
444	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991042097	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,05	5,54	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
445	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991042103	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,10	10,94	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,74
446	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991415976	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,67	11,44	11,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,43
447	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991042134	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,20	21,08	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,68
448	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991419042	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,34	21,47	21,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,44
449	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991042141	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	31,32	39,25	35,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
450	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 tabl.	05909990957071	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	39,59	47,93	35,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	23,12
451	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990338290	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,75	8,36	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,26
452	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990338368	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,72	12,64	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,44
453	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990338436	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,31	23,30	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,90
454	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990338443	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	55,50	66,56	53,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	29,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
455	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990053179	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,48	8,08	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,98
456	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990053230	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,48	13,44	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,24
457	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990053278	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,01	24,03	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,63
458	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,56	9,22	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,12
459	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,12	18,31	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,11

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
460	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	27,20	13,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,90
461	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,05	15,08	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,88
462	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,46	27,65	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,25
463	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	33,53	40,57	26,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	21,96
464	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,42	21,31	17,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
465	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 tabl.	05909990810178	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,71	35,46	35,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,65
466	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 tabl.	05909990810185	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	41,55	51,91	51,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,57
467	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	42,93	51,44	35,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	26,63
468	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991403911	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,72	11,50	11,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,45
469	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909991403935	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,44	21,57	21,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,47



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
470	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991403997	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	15,44	21,57	21,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,47
471	Atropini sulfas	Atropinum sulfuricum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	5 ml	05909990243112	2022-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	11,40	15,51	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,96
472	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-05-01/<3>2019-07-01/<4>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	13,61	18,50	16,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <4>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,42
473	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990232826	2022-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	13,61	18,50	16,28	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,22
474	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-05-01/<3>2019-07-01/<4>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	22,03	29,02	27,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <4>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,09
475	Azathioprinum	Azathioprine VIS, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990232819	2022-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	22,03	29,02	27,13	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
476	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-05-01/<3>2019-07-01/<4>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	43,09	54,26	54,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nieswoiste zapalenie jelit inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; nefropatia IgA inna niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; zapalenie naczyń inne niż o podłożu autoimmunizacyjnym - u dzieci do 18 roku życia; <2>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <3>stan po przeszczepie kończyn, rogówki, tkanek lub komórek; <4>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włókienia płuc; ziarniniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,56
477	Azathioprinum	Imuran, tabl. powł., 50 mg	100 szt.	05909990277810	2022-01-01	3 lata	140.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - azatiopryna	43,09	54,26	54,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
478	Azithromycinum	Azibiot, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991054816	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,07	18,42	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	13,96
479	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991034412	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,36	21,88	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,42
480	Azithromycinum	Azimycin, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991035518	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,25	13,36	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,90
481	Azithromycinum	Azithromycin Genoptim, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990969876	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,53	9,46	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	5,00
482	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635320	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,94	15,92	7,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,28
483	Azithromycinum	AzitraLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990635337	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	21,28	26,28	14,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
484	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990635344	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,84	31,23	21,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,29
485	Azithromycinum	AzitroLEK, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 37,5 ml (1500 mg)	05907626702682	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,32	38,81	27,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	25,14
486	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909997214023	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	13,93	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,47
487	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909997223537	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,34	14,51	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	10,05
488	Azithromycinum	AzitroLEK 250, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909990573738	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	21,31	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	16,85
489	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997214030	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	13,93	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,47
490	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909997223551	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,34	14,51	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	10,05
491	Azithromycinum	AzitroLEK 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990573752	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	18,48	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,02
492	Azithromycinum	Azitrox 500, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991087319	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,25	13,36	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,90
493	Azithromycinum	Azycyna, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	20 ml	05909990073566	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,68	21,44	14,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
494	Azithromycinum	Azycyna, granulát do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	30 ml	05909990073573	2018-03-01 - dla kolumny 12, 2017-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 5 lat - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	19,76	25,90	21,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	14,96
495	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 250 mg	6 szt.	05909991098421	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,85	22,39	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	17,93
496	Azithromycinum	Azycyna, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909991098520	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,25	13,36	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	8,90
497	Azithromycinum	Macromax, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990713608	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,01	9,95	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	5,49
498	Azithromycinum	Nobaxin, tabl. powł., 500 mg	2 szt. (w blisterze)	05909991108830	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	12,63	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	9,66
499	Azithromycinum	Sumamed, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742110	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,50	16,51	7,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	12,87
500	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 125 mg	6 szt.	05909990846214	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,98	22,38	4,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	20,15
501	Azithromycinum	Sumamed, kaps. twarde, 250 mg	6 szt.	05909990742318	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,44	23,01	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,55
502	Azithromycinum	Sumamed, tabl. powł., 500 mg	3 szt.	05909990742417	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,44	23,01	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	18,55
503	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 20 ml	05909990742219	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	23,76	28,88	14,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	21,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
504	Azithromycinum	Sumamed forte, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 200 mg/5 ml	1 but.po 30 ml	05909990742226	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	34,13	41,00	21,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	mukowiscydoza	50%	30,06
505	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronii bromidum	Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+11 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156	2021-09-01	2 lata	199.4, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami i lekami antycholinergicznymi	270,81	303,96	303,96	Leczenie podtrzymujące u pacjentów dorosłych z umiarkowaną lub ciężką przewlekłą obturacyjną chorobą płuc (POChP), u których nie uzyskuje się odpowiedniego efektu leczenia podczas jednoczesnego stosowania kortykosteroidu wziewnego i długo działającego agonisty receptorów beta 2 lub jednoczesnego stosowania długo działającego agonisty receptorów beta 2 i długo działającego antagonisty receptorów muskarynowych		30%	91,19
506	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	157,68	180,80	156,28	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	29,32
507	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909991245696	2018-01-01	5 lat	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	157,68	180,82	154,74	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,88
508	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990118915	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,39	20,28	6,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	17,70
509	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990119011	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,84	29,61	13,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	24,44
510	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990118816	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,96	14,63	3,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	14,55
511	Benzathini phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	60 ml	05909990363216	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postacie farmaceutyczne	10,26	14,42	14,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
512	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 100 ml	05909991254995	2020-11-01	2 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	19,66	26,24	26,24	Leczenie łuszczyicy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,12
513	Betamethasoni dipropionas + Acidum salicylicum	Salbetan, roztwór na skórę, 0,64 + 20 mg/g	1 butelka 50 ml	05909991254988	2020-11-01	2 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	13,61	17,85	13,12	Leczenie łuszczyicy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	11,29
514	Betamethasoni dipropionas + Betamethasoni natrii phosphas	Diprophos, zawiesina do wstrzykiwań, 6,43+2,63 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990121625	2022-01-01	3 lata	81.1, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania pozajelitowego	54,00	66,87	66,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,44
515	Betamethasonum + Acidum salicylicum	Belosalic, płyn na skórę, (0,5 + 20) mg/g	1 butelka 100 ml	05909991187682	2021-05-01	2 lata	248.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - preparaty złożone	20,09	26,69	26,24	Leczenie łuszczyicy owłosionej skóry głowy u dorosłych		50%	13,57
516	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	10 ml	05909990186525	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	19,41	22,95	9,66	Jaskra		30%	16,19
517	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990186518	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	9,75	11,62	4,83	Jaskra		30%	8,24
518	Betaxololum	Optibetol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml (but.)	05909990925513	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	6,33	8,03	4,83	Jaskra		30%	4,65
519	Bimatoprostum	Bimaroz, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka 3 ml	05909991105594	2017-07-01	5 lat	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,83	39,48	37,69	Jaskra		ryczałt	4,99
520	Bimatoprostum	Bimaroz, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki 3 ml	05909991105600	2017-07-01	5 lat	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	92,51	110,25	110,25	Jaskra		ryczałt	8,96
521	Bimatoprostum	Bimatoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991285708	2017-05-01	5 lat	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,84	39,49	37,69	Jaskra		ryczałt	5,00
522	Bimatoprostum	Bimatoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05907553017644	2017-07-01	5 lat	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	90,45	108,09	108,09	Jaskra		ryczałt	8,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
523	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066	2019-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,97	42,78	37,69	Jaskra		ryczałt	8,29
524	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073	2019-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	101,90	120,11	113,06	Jaskra		ryczałt	16,01
525	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663	2021-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,14	38,76	37,69	Jaskra		ryczałt	4,27
526	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670	2021-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	90,45	108,09	108,09	Jaskra		ryczałt	8,96
527	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,11	38,73	37,69	Jaskra		ryczałt	4,24
528	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka po 3 ml	05909991310769	2021-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,02	38,64	37,69	Jaskra		ryczałt	4,15
529	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05909991310776	2021-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	90,29	107,91	107,91	Jaskra		ryczałt	8,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
530	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772	2019-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,29	41,01	37,69	Jaskra		ryczałt	6,52
531	Bimatoprostum + Timololum	Bimaroz Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789	2019-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	96,88	114,84	113,06	Jaskra		ryczałt	10,74
532	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356	2020-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,27	40,99	37,69	Jaskra		ryczałt	6,50
533	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363	2020-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	96,85	114,80	113,06	Jaskra		ryczałt	10,70
534	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,39	41,12	37,69	Jaskra		ryczałt	6,63
535	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990193219	2022-01-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	9,67	13,68	13,68	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,10
536	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909991447311	2021-09-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	10,47	14,52	13,68	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,94
537	Biperideni hydrochloridum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909991265762	2019-03-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	10,48	14,54	13,68	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,96
538	Biperidenum	Akineton, tabl., 2 mg	50 szt.	05909990503834	2019-07-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	10,64	14,70	13,68	Choroba i zespół Parkinsona		30%	5,12
539	Biperidenum	Akineton SR 4 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990884216	2019-07-01	3 lata	167.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - biperiden	12,42	16,98	16,42	Choroba i zespół Parkinsona		30%	5,49



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
540	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,98	19,87	19,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
541	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,99	10,61	10,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
542	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,72	11,38	11,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
543	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,70	6,79	5,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,05
544	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990633852	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,02	10,64	10,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
545	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990633791	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,05	6,11	5,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,37
546	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097523	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,40	13,14	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,45
547	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991097554	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	18,79	24,92	23,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	7,54
548	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991097400	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	4,70	6,79	5,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,05
549	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991097448	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,40	13,14	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
550	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 tabl.	05909991197049	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,33	20,25	20,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
551	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 tabl.	05909991197056	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	21,50	29,24	29,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	9,60
552	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 tabl.	05909991197070	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,16	10,79	10,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
553	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991197063	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,75	15,56	15,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	4,80
554	Bisoprololum	Bisoprolol VP, tabletki, 10 mg	30 tabl.	05909991152017	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,91	10,53	10,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
555	Bisoprololum	Bisoprolol VP, tabletki, 5 mg	30 tabl.	05909991151911	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,46	5,48	5,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
556	Bisoprololum	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	60 tabl.	05909990633869	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,84	20,77	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	6,40
557	Bisoprololum	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	60 tabl.	05909990633807	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,42	11,06	11,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	tachyarytmie nadkomorowe - u pacjentów powyżej 6 roku życia	ryczałt	3,20
558	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	05909990865024	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,96	25,40	25,40		Jaskra	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
559	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194	2019-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,14	28,73	25,40	Jaskra		ryczałt	6,53
560	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900	2019-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	49,90	62,87	62,87	Jaskra		ryczałt	8,00
561	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991379483	2019-05-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	16,45	22,75	22,75	Jaskra		ryczałt	3,20
562	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991379490	2019-05-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	49,36	62,30	62,30	Jaskra		ryczałt	8,00
563	Brimonidini tartras	Luxfen, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. 5 ml	05909990677733	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	19,05	25,48	25,40	Jaskra		ryczałt	3,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
564	Brimonidini tartras	Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05907553017897	2021-07-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	48,60	61,50	61,50	Jaskra		ryczałt	8,00
565	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	23,84	30,51	25,40	Jaskra		ryczałt	8,31
566	Brimonidinum	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641	2018-01-01	5 lat	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,68	29,29	25,40	Jaskra		ryczałt	7,09
567	Brimonidinum	Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991304751	2017-07-01	5 lat	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	16,61	22,92	22,92	Jaskra		ryczałt	3,20
568	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	25,53	32,29	25,40	Jaskra		ryczałt	10,09

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
569	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386	2020-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	21,38	27,93	25,40	Jaskra		ryczałt	5,73
570	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571	2019-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,68	29,29	25,40	Jaskra		ryczałt	7,09
571	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588	2021-11-01	3 lata	212.2, Leki przeciwwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	64,31	78,00	76,20	Jaskra		ryczałt	9,80
572	Brivaracetamum	Briviact, roztwór doustny, 10 mg/ml	300 ml	05909991272234	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	343,00	381,65	381,65	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
573	Brivaracetamum	Briviact, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909991272333	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	2 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	249.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - briwaracetam	320,13	357,04	357,04	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana po co najmniej trzech nieudanych próbach leczenia u dzieci powyżej 4 r.ż. i młodzieży poniżej 16. roku życia z encefalopatiami padaczkowymi pod postacią zespołu Lennox-Gastauta, Zespołu Dravet, zespołu Westa i innych rzadkich genetycznie uwarunkowanych encefalopatii padaczkowych	ryczałt	3,20
574	Bromocriptinum	Bromocom, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990211913	2022-01-01	3 lata	62.0, Leki ginekologiczne - inhibitory wydzielania prolaktyny - bromokryptyna	12,19	16,86	16,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
575	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137	2020-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,73	64,31	64,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
576	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137	2020-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,73	64,31	64,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
577	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2020-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,25	56,59	56,59	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
578	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144	2020-11-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,25	56,59	56,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
579	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	2020-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,56	80,21	80,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,32
580	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0.5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151	2020-11-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,56	80,21	80,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,15
581	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2019-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,27	64,86	64,86	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
582	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629	<1>2019-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,27	64,86	64,86	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
583	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2019-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,90	57,28	57,28	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
584	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0.25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650	<1>2019-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,90	57,28	57,28	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
585	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2019-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,45	80,09	80,09	<1>Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
586	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698	<1>2019-11-01/<2>2021-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,45	80,09	80,09	<2>We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,03
587	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	42,01	50,65	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	23,80
588	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	42,01	50,65	30,05	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	29,62
589	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	63,23	76,28	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,51
590	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	63,23	76,28	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	34,21
591	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,55
592	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,25
593	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2021-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,01	36,06	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,15
594	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,01	36,06	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	14,77
595	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082	2021-09-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	15,55	21,06	18,03	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,23

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
596	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	15,55	21,06	18,03	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	8,44
597	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2021-07-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	62,21	76,28	72,12		Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	ryczałt	10,56
598	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	62,21	76,28	72,12	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	25,80
599	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986	2021-09-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,01	36,06		Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli	ryczałt	7,15
600	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,10	40,01	36,06	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	14,77
601	Budesonidum	Budaiar, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10		Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	ryczałt	9,55
602	Budesonidum	Budaiar, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,25
603	Budesonidum	Budaiar, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10		Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	ryczałt	9,55
604	Budesonidum	Budaiar, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,25
605	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002515	2017-07-01	5 lat	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,84	64,42	64,42		Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	ryczałt	3,20
606	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0.125 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002515	2017-07-01	5 lat	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	51,84	64,42	64,42		We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ryczałt	3,20



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
607	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2017-07-01	5 lat	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,36	56,71	56,71	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
608	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522	2017-07-01	5 lat	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,36	56,71	56,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
609	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2017-07-01	5 lat	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,88	80,54	80,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,65
610	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539	2017-07-01	5 lat	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,88	80,54	80,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,48
611	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedl. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	<1>2020-01-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego	364,46	404,75	404,75	<1>Indukcja remisji u dorosłych pacjentów z łagodną do umiarkowanej, aktywną postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające	<1>postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi; <2>indukcja remisji u pacjentów pediatrycznych z łagodną do umiarkowanej, aktywną postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające; indukcja remisji u pacjentów pediatrycznych z łagodną do umiarkowanej, aktywną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna z zajęciem jelita grubego, gdzie leczenie preparatami 5-ASA jest niewystarczające	ryczałt	3,20
612	Budesonidum	CortimentMMX, tabl. o przedl. uwalnianiu, 9 mg	30 szt.	05909991205966	<1>2020-01-01/<2>2021-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	11.1, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid - we wrzodziejącym i mikroskopowym zapaleniu jelita grubego	364,46	404,75	404,75	<2>Indukcja remisji u pacjentów z aktywnym mikroskopowym zapaleniem jelita grubego		30%	121,43
613	Budesonidum	Entocort, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	100 szt.	05909990430314	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	11.0, Kortykosteroidy do stosowania doustnego o działaniu miejscowym na przewód pokarmowy - budesonid	329,40	367,02	367,02	Choroba Leśniowskiego-Crohna	postać jelitowa choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi	ryczałt	3,56
614	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardech, 200 µg	60 szt.	05909990926213	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	17,91	23,54	18,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,71

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
615	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt.	05909990926213	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	17,91	23,54	18,03	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	10,92
616	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt.	05909990926312	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	32,29	41,25	36,06		Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	ryczałt	8,39
617	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt.	05909990926312	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	32,29	41,25	36,06	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	16,01
618	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925	2019-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,27	64,86	64,86		Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	ryczałt	3,20
619	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925	2019-11-01	3 lata	200.2, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w niskich dawkach	52,27	64,86	64,86		We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ryczałt	3,20
620	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2021-09-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,25	56,59	56,59		Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli	ryczałt	3,20
621	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696	2021-09-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w średnich dawkach	45,25	56,59	56,59		We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ryczałt	3,20
622	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2021-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,45	80,09	80,09		Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli	ryczałt	3,20
623	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733	2021-03-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacie płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	65,45	80,09	80,09		We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	30%	24,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
624	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	2022-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	64,75	79,36	79,36	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
625	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099	2022-01-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	64,75	79,36	79,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,81
626	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784	2019-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	64,80	79,41	79,41	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
627	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784	2019-07-01	3 lata	200.4, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynne do nebulizacji w wysokich dawkach	64,80	79,41	79,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,82
628	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,86	39,99	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,14
629	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,86	39,99	30,05	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	18,96
630	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,86	39,99	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,14
631	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	31,86	39,99	30,05	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	18,96
632	Budesonidum	Ribuspír, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335183	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,55
633	Budesonidum	Ribuspír, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335183	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
634	Budesonidum	Ribuspri, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335190	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,55
635	Budesonidum	Ribuspri, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335190	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	x	wirusowe zapalenie krtani u dzieci do 18 roku życia	30%	22,25
636	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866	2020-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	47,52	58,89	52,09	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,00
637	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476	2020-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	90,72	108,25	104,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,27
638	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909991137458	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	107,95	126,34	104,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,36
639	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	05909991137625	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	94,09	111,80	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,84
640	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648	2021-09-01	2 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	108,02	126,41	104,18	Przewlekła obturacyjna choroba płuc		30%	53,48
641	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074	2021-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	108,02	126,41	104,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,43
642	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	05909990873241	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	107,46	125,84	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,88

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
643	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 daw.	05909990872886	2022-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	61,61	73,69	52,86	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	24,03
644	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932	2018-01-01	5 lat	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	108,48	126,89	104,18	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,91
645	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963	2018-01-01	5 lat	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	94,09	111,80	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,84
646	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt. - blister	05909991235635	2019-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,64
647	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,2 mg	60 szt. - blister	05909991235635	2019-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
648	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt. - blister	05909991235642	2019-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,64
649	Buprenorphinum	Bunondol, tabl. podjęzykowe, 0,4 mg	30 szt. - blister	05909991235642	2019-11-01	3 lata	152.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podjęzykowego	27,32	35,48	35,48	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
650	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	44,06	54,93	51,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,72
651	Buprenorphinum	Melodyn 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt.	05909990938056	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	44,06	54,93	51,41	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,52
652	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	66,09	80,14	77,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,23
653	Buprenorphinum	Melodyn 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt.	05909990938087	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	66,09	80,14	77,11	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
654	Buprenorpinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	88,13	105,22	102,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,60
655	Buprenorpinum	Melodyn 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt.	05909990938131	2021-09-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	88,13	105,22	102,82	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,40
656	Buprenorpinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966127	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	44,23	55,11	51,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,90
657	Buprenorpinum	Transtec 35 µg/h, system transdermalny, 20 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966127	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	44,23	55,11	51,41	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,70
658	Buprenorpinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966226	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	66,33	80,40	77,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,49
659	Buprenorpinum	Transtec 52,5 µg/h, system transdermalny, 30 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966226	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	66,33	80,40	77,11	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,29
660	Buprenorpinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966325	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	88,45	105,54	102,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,92
661	Buprenorpinum	Transtec 70 µg/h, system transdermalny, 40 mg	5 szt. (5 sasz.po 1 szt.)	05909990966325	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	88,45	105,54	102,82	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,72
662	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05902023776304	2019-07-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - bupiron	20,50	27,19	26,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,55
663	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997201450	2019-03-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - bupiron	20,52	27,20	26,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,56
664	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603	2022-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - bupiron	27,00	34,00	26,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,36
665	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597	2022-01-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - bupiron	15,12	19,48	13,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,16
666	Buspironum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997213538	2019-07-01	3 lata	182.0, Leki przeciwlękowe - bupiron	19,98	26,63	26,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,99
667	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990277919	2019-11-01	3 lata	236.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - busulfan	184,90	211,50	211,50	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
668	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05901549565249	2022-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - kalcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	40,69	51,49	51,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
669	Calcipotriolum + Betamethasonum	Betacal, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05901549565256	2022-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - calcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	81,40	98,24	98,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,47
670	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 30 g	05909990948376	2021-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - calcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	54,27	65,75	51,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,71
671	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909990948383	2021-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - calcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	108,54	126,74	102,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	54,65
672	Calcipotriolum + Betamethasonum	Daivobet, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 30 g	05909990979738	2021-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - calcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	48,50	59,70	51,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,66
673	Calcipotriolum + Betamethasonum	Enstilar, piana na skórę, (50 µg+0,5 mg)/g	60 g	05909991283599	2021-09-01	2 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - calcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	155,93	176,50	102,98	Leczenie miejscowe łuszczycy zwyczajnej u dorosłych		30%	104,41
674	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, żel, (50 µg+0,5 mg)/g	1 but.po 60 g	05909991441029	2022-01-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - calcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	81,40	98,24	98,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,47
675	Calcipotriolum + Betamethasonum	Psotriol, maść, (50 µg+0,5 mg)/g	1 tuba po 60 g	05909991409999	2020-09-01	3 lata	18.3, Witamina D i jej analogi - calcypotriol w połączeniach z kortykosteroidami do stosowania na skórę	97,20	114,83	102,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	42,74
676	Canagliflozinum	Invokana, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991096106	2021-11-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	156,60	180,97	178,14	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c ≥ 8 % oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1)potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2)uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek ≥ 55 lat dla mężczyzn, ≥60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość		30%	56,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
677	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991433109	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,12	20,13	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,52
678	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991453398	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,39	40,94	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,91
679	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,07	20,07	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,46
680	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,10	20,12	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,51
681	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991455057	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,10	20,12	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,51
682	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,13	38,27	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,04
683	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,20	38,34	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,11
684	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991455064	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,20	38,34	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,11
685	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,88	47,45	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	22,22
686	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,13	38,27	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,04



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
687	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,20	38,34	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,11
688	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,20	38,34	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,11
689	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,29	40,83	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,80
690	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabletki, 32 mg	30 szt.	05909991438876	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,85	41,43	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,40
691	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	24,66	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,05
692	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,01	24,21	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,60
693	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	12,55	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,24
694	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabletki, 16 mg	28 szt.	05909991389468	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,34	20,36	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,75
695	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991392475	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,58	21,66	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,05
696	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	26,93	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
697	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabletki, 16 mg	56 szt.	05909991389475	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,67	38,82	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,59
698	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991392482	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,16	41,45	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,22
699	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabletki, 32 mg	28 szt.	05909991389512	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,67	38,82	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,59
700	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991395100	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,16	41,45	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	16,22
701	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabletki, 8 mg	28 szt.	05909991389420	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,67	10,62	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,31
702	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909991390242	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,29	11,27	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,96
703	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	13,91	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,60
704	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabletki, 8 mg	56 szt.	05909991389437	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,34	20,36	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,75
705	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	56 szt.	05909991390259	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,58	21,66	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,05
706	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,57	27,95	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	15,34

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
707	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0. Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,29	14,42	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,11
708	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	03838989720544	2020-09-01	2 lata	45.0. Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	23,53	18,02	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	10,92
709	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991367732	2020-09-01	2 lata	45.0. Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	23,53	18,02	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	10,92
710	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Camlocor, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991367510	2020-09-01	2 lata	45.0. Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,18	12,21	9,01	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	5,90
711	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 16 + 10 mg	30 kaps.	05906414002140	2020-09-01	2 lata	45.0. Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,30	32,07	19,31	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	18,55
712	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 10 mg	90 kaps.	05906414002171	2020-09-01	2 lata	45.0. Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,84	91,71	57,92	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	51,17
713	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 16 + 5 mg	30 kaps.	05906414002089	2020-09-01	2 lata	45.0. Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,30	32,07	19,31	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	18,55
714	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 16 + 5 mg	90 kaps.	05906414002119	2020-09-01	2 lata	45.0. Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,84	91,71	57,92	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	51,17

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
715	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 8 + 10 mg	30 kaps.	05906414002027	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,15	16,52	9,65	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	9,77
716	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 10 mg	90 kaps.	05906414002058	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	47,21	28,96	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	26,94
717	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kapsułki twarde, 8 + 5 mg	30 kaps.	05906414001969	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,15	16,52	9,65	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	9,77
718	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Candezek Combi, kaps. twarde, 8 + 5 mg	90 kaps.	05906414001990	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	47,21	28,96	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	26,94
719	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 10 mg	28 szt.	05909991191832	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,96	22,06	18,02	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	9,45
720	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 16 + 5 mg	28 szt.	05909991418076	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,96	22,06	18,02	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	9,45
721	Candesartanum cilexetili + Amlodipinum	Caramlo, tabl., 8 + 5 mg	28 szt.	05909991191764	2020-09-01	2 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,48	11,47	9,01	Leczenie zastępcze pierwotnego nadciśnienia tętniczego u dorosłych pacjentów, u których uzyskano kontrolę ciśnienia tętniczego stosując jednocześnie kandesartan i amlodypinę, w takich samych dawkach		30%	5,16
722	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014	2021-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,96	22,26	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
723	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991421649	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,82	20,86	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,25
724	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991421656	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,64	39,85	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,62
725	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,88	47,45	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,22
726	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	24,66	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,05
727	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991455361	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,82	20,86	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,25
728	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991432300	2021-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,06	22,16	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,55
729	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991455378	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,64	39,85	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,62
730	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991432324	2021-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,13	42,48	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,25
731	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991436667	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,64	40,15	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,12
732	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991434977	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,64	40,15	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,12
733	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112	2020-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	46,62	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,59
734	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt. (4 blist. po 7 szt.)	05909990739653	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,28	26,60	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
735	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,92	42,25	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,02
736	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990739592	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	13,91	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,60
737	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 16 mg	28 tabl.	05909990937172	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,44	24,66	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,05
738	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990937264	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,88	47,45	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	22,22
739	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 8 mg	28 tabl.	05909990937080	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	12,78	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,47
740	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,34	51,09	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	25,86
741	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,34	51,09	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	25,86
742	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,00	28,40	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	15,79
743	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629	2020-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,22	25,48	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,87
744	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702	2021-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	46,89	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,66
745	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051	2021-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	46,89	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,66

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
746	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360	2019-11-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,64	13,74	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,43
747	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907	2020-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,28	22,39	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,78
748	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255	2020-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,41	25,68	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,07
749	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg	28 tabl.	05909991057596	2017-03-01	5 lat	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	48,02	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,79
750	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg	28 tabl.	05909991058609	2017-03-01	5 lat	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	48,02	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,79
751	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170	2020-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	13,29	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,98
752	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,68	28,06	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,45
753	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185	2020-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,55	51,31	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	26,08
754	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840	2019-07-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	60,60	72,26	54,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	34,42
755	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222	2020-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,55	51,31	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	26,08
756	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260	2020-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,55	51,31	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	26,08
757	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130	2021-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	13,18	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
758	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powł., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147	2020-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,28	26,60	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,99
759	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833	2019-07-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,29	37,40	27,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,48
760	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,31	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	7,17
761	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,31	10,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,97
762	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	13,47	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,33
763	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	13,47	10,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,13
764	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	13,47	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,33
765	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,99	13,47	10,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,13



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
766	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,75	15,82	12,41	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,61
767	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,75	15,82	12,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,41
768	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	19,53	25,32	20,69	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	7,83
769	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	19,53	25,32	20,69	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,63
770	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,82	16,39	15,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,07
771	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,82	16,39	15,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,87
772	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	23,63	31,03	31,03	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
773	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	23,63	31,03	31,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
774	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,48	9,21	8,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,19
775	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917	2022-01-01	3 lata	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	6,48	9,21	8,22	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,99
776	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	15,12	20,56	20,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
777	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924	2022-01-01	3 lata	159.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - płynne postacie farmaceutyczne	15,12	20,56	20,56	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
778	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,19	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,05
779	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,19	10,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	2,85

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
780	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,73	15,80	12,41	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego; napady padaczkowe w bezobjawowych przerzutach do kory ruchowej mózgu -profilaktyka; ból u chorych z rozpoznaniem nowotworu - leczenie wspomagające; <2>neuralgia w przypadkach innych niż określone w ChPL; ból neuropatyczny w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,59
781	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116	2022-01-01	3 lata	159.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - karbamazepina - stałe postacie farmaceutyczne	11,73	15,80	12,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,39
782	Cariprazine	Reagila, kaps. twarde, 1.5 mg	28 szt.	05909991337056	2021-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	204,98	233,11	233,11	Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne		bezpłatny do limitu	0,00
783	Cariprazine	Reagila, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909991337155	2021-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	204,98	233,11	233,11	Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne		bezpłatny do limitu	0,00
784	Cariprazine	Reagila, kaps. twarde, 4.5 mg	28 szt.	05909991337230	2021-11-01	2 lata	178.13, Leki przeciwpsychotyczne - kariprazyna	204,98	233,11	233,11	Leczenie dorosłych pacjentów ze schizofrenią z pierwotnymi, przeważającymi i przetrwałymi objawami negatywnymi, u których nie występują objawy depresyjne		bezpłatny do limitu	0,00
785	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12.5 mg	30 szt.	05909990570430	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,67	9,28	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,51
786	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,31	13,18	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,63
787	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6.25 mg	30 szt.	05909990570454	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,24	7,16	1,98	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	5,77
788	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 12.5 mg	30 szt.	05909990074099	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,79	10,46	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,69

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
789	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074129	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,44	14,36	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,81
790	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,69	7,64	1,98	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,25
791	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,15	9,79	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,02
792	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,69	13,57	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,02
793	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,21	7,14	1,98	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	5,75
794	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,96	10,64	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,87
795	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,91	13,81	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,26
796	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3.125 mg	30 szt.	05909991016814	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,21	7,88	0,99	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,19
797	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,69	7,64	1,98	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,25
798	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,63	7,58	1,98	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
799	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,77	10,44	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,67
800	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,80	13,69	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,14
801	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3.125 mg	30 szt.	05909990216604	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,75	7,39	0,99	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,70
802	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,40	11,10	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,33
803	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	18,79	22,08	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	16,53
804	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	11,88	14,82	7,93	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	9,27
805	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	23,76	28,91	15,85	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	17,82
806	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,48	7,42	1,98	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,03
807	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40,0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,96	14,84	3,96	Udokumentowana niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV	zastoinowa niewydolność serca w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	12,07
808	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzenia zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137411	2022-01-01	3 lata	90,3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,66	20,07	13,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
809	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137428	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	19,98	25,32	17,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,52
810	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990137510	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	31,32	38,59	26,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,40
811	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990137527	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	37,04	45,65	35,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,06
812	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	100 ml (63,47 g)	05909997207827	2019-07-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	23,47	31,39	31,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,70
813	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 47,60 g/75 ml zawiesiny	05909990775910	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	38,88	48,12	39,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,33
814	Cefaclorum	Ceclor, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 375 mg/5 ml	1 but.po 63,47 g/100 ml zawiesiny	05909990775927	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	46,44	57,52	52,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,13
815	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 375 mg	10 szt.	05909990676514	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,20	23,66	12,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,58
816	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	10 szt.	05909990676613	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,60	31,04	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,94
817	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	14 szt.	05909990676620	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,83	42,85	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,50
818	Cefaclorum	Ceclor MR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	10 szt.	05909990676712	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,39	45,81	24,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,65
819	Cefuroximium	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 mg	26 ml	05909990059515	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	10,49	14,40	11,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
820	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 250 mg	17 ml	05909990806812	2022-01-01	3 lata	90.1. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	3,37	4,18	1,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,22
821	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 500 mg	17 ml	05909990806911	2022-01-01	3 lata	90.1. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	4,99	6,52	3,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,60
822	Cefuroxim	Biofuroksym, proszek do sporządzania roztworu lub zawiesiny do wstrzykiwań, 750 mg	17 ml	05909990059416	2022-01-01	3 lata	90.1. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	5,70	7,92	5,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,05
823	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990063840	2022-01-01	3 lata	90.2. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,29	29,66	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,56
824	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990063857	2022-01-01	3 lata	90.2. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,09	37,87	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,52
825	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990063697	2022-01-01	3 lata	90.2. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,88	41,02	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,81
826	Cefuroxim	Bioracef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990063703	2022-01-01	3 lata	90.2. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,81	50,95	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,25
827	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991255145	2019-11-01	3 lata	90.2. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,82	18,68	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,58
828	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991255152	2019-11-01	3 lata	90.2. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,33	25,53	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,18
829	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991255183	2019-11-01	3 lata	90.2. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,15	33,96	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,75
830	Cefuroxim	Cefox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991255190	2019-11-01	3 lata	90.2. Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,51	48,54	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
831	Cefuroxim	Cefuroxime Genoptim, tabletki powlekane, 250 mg	10 szt.	05909991353469	2019-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,99	16,75	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,65
832	Cefuroxim	Cefuroxime Genoptim, tabletki powlekane, 500 mg	10 szt.	05909991353483	2019-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,98	31,67	31,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,84
833	Cefuroxim	Cefuroxime Genoptim, tabletki powlekane, 500 mg	14 szt.	05909991353490	2019-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,57	43,35	43,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,68
834	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009229	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,98	35,09	35,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,55
835	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009212	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,45	19,51	17,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,71
836	Cefuroxim	Ceroxim, tabletki powlekane, 250 mg	10 tabl.	05909991263331	2017-07-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,47	17,25	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,15
837	Cefuroxim	Ceroxim, tabletki powlekane, 250 mg	14 tabl.	05909991263355	2017-07-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,63	24,79	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,44
838	Cefuroxim	Ceroxim, tabletki powlekane, 250 mg	20 tabl.	05909991263362	2017-07-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,06	32,81	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,60
839	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991009120	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	53,96	66,85	66,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	33,43
840	Cefuroxim	Ceroxim, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909991009113	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,98	35,09	35,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,55



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
841	Cefuroxim	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991263386	2017-09-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,25	31,96	31,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,98
842	Cefuroxim	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991263409	2017-09-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,45	48,47	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,77
843	Cefuroxim	Ceroxim, tabletki powlekane, 500 mg	20 tabl.	05909991263416	2017-05-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	50,33	62,69	62,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	31,35
844	Cefuroxim	Furocef, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991231194	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,92	33,72	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,51
845	Cefuroxim	Furocef, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991231217	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,29	46,20	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,50
846	Cefuroxim	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	10 szt.	05909990224951	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,56	19,45	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,35
847	Cefuroxim	Xorimax 250, tabl. drażowane, 250 mg	14 szt.	05907626701753	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,68	24,84	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,49
848	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991265328	2019-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,24	34,05	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,84
849	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	10 szt.	05909990224456	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,05	37,00	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,79
850	Cefuroxim	Xorimax 500, tabl. drażowane, 500 mg	14 szt.	05907626701760	2021-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,58	47,56	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
851	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990216383	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,04	18,90	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,80
852	Cefuroxim	Zamur 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991067946	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,66	25,87	22,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,52
853	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990216390	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,08	35,98	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,77
854	Cefuroxim	Zamur 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991067953	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,31	49,38	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,68
855	Cefuroxim	Zinacef, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1500 mg	10 fiol.	05909990069927	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	91,80	109,71	109,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	54,86
856	Cefuroxim	Zinacef, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań lub infuzji, 750 mg	10 fiol.	05909990069828	2022-01-01	3 lata	90.1, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania pozajelitowego	45,90	57,52	57,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	28,76
857	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 125 mg	10 szt.	05909990083213	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,94	12,94	8,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,89
858	Cefuroxim	Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990051342	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,32	35,44	35,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,85
859	Cefuroxim	Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 50 ml	05909990051335	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	14,42	19,48	17,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,68
860	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909997196350	2019-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,21	18,03	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,93
861	Cefuroxim	Zinnat, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991260071	2020-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,28	18,10	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
862	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990083312	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	19,47	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,37
863	Cefuroximium	Zinnat, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 50 ml (39,98 g granulatu)	05909990468812	2022-01-01	3 lata	90.3, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	27,08	35,19	35,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,60
864	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997210605	2021-07-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,61	32,34	32,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,17
865	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991283575	2020-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,84	32,58	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,37
866	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991359331	2020-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,84	32,58	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,37
867	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997200118	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,33	33,10	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,89
868	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991399290	2021-05-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,38	33,15	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,94
869	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909997196077	2019-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,49	33,26	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,05
870	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990083411	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,70	33,49	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,28
871	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991260095	2020-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,87	33,66	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,45

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
872	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991433093	2021-11-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,92	33,72	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,51
873	Cefuroximium	Zinnat, tabletki powlekane, 500 mg	10 tabl.	05909991272531	2017-07-01	5 lat	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,92	33,72	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,51
874	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991418212	2020-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,56	44,39	44,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,20
875	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991425203	2020-09-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,78	44,61	44,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,31
876	Cefuroximium	Zinnat, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990083435	2022-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,52	45,40	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,70
877	Cefuroximium	Zinnox, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991082932	2019-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,91	18,77	16,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,67
878	Cefuroximium	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991082949	2019-03-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,30	35,17	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,96
879	Cefuroximium	Zinnox, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991401641	2020-01-01	3 lata	90.2, Antybiotyki cefalosporynowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,99	46,94	45,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,24
880	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990410729	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,48	9,33	8,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckiego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,30
881	Cetirizine dihydrochloride	Amertil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990410736	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,02	14,05	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckiego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
882	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990569441	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,86	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,81
883	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 10 ml	05909991103811	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,79	9,59	8,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,58
884	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 butelka 20 ml	05909991103835	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,99	16,70	16,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,01
885	Cetirizini dihydrochloridum	Allertec, syrop, 5 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990851119	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,98	12,94	8,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,93
886	Cetirizini dihydrochloridum	Cetirizine Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990969739	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,64	12,60	12,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,78
887	Cetirizini dihydrochloridum	Letizen, tabl. powł., 10 mg	20 szt.	05909990869725	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,10	9,99	8,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	3,96
888	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. po 75 ml	05909990781515	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,29	10,66	6,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,16
889	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, roztwór, 10 mg/ml	1 but. 20 ml	05909991386672	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,77	16,47	16,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	4,94
890	Cetirizini dihydrochloridum	Zyrtec, krople doustne, 10 mg/ml	20 ml	05909990184736	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,42	17,15	17,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,15
891	Cetirizinum	Alermed, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990910793	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	14,87	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,82

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
892	Cetirizinum	Amertil, tabletki powlekane, 10 mg	60 tabl.	05907695215250	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,41	25,93	25,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,84
893	Cetirizinum	Zyrtec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990184637	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,99	16,12	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,07
894	Cetrorelixum	Cetrotide, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz.	05909990488926	2021-07-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	85,75	103,04	103,04	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		50%	51,52
895	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	233.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - chlorambucyl	79,36	96,00	96,00	Nowotwory złośliwe	amyloidozą	bezpłatny do limitu	0,00
896	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 tabl.	05909991139582	2018-03-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	192.0, Leki przeciwmalaryczne - chlorochina	14,20	19,39	19,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; <2>porfirią skórą późną	30%	5,82
897	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	9,83	6,12	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	6,91
898	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990203017	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	9,83	6,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,55
899	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,01	20,41	20,41	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
900	Chlorprothixeni hydrochloridum	Chlorprothixen Zentiva, tabl. powł., 50 mg	50 szt.	05909990203116	2022-01-01	3 lata	179.3, Leki przeciwpsychotyczne - chlorprotyksen do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,01	20,41	20,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,12

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
901	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064	2020-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	123,12	144,24	144,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	12,80
902	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218530	2020-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	61,56	75,60	72,12	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,88
903	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057	2020-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	81,00	96,01	72,12	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,29
904	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218523	2020-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	40,50	49,88	36,06	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	17,02
905	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990787463	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	238,08	268,45	267,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alport'a z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,91
906	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990787289	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,95	67,12	66,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alport'a z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,38

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
907	Ciclosporinum	Cyclaid, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990787357	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,89	134,05	133,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,38
908	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 100 mg	50 szt.	05909990946624	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	237,60	267,95	267,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,41
909	Ciclosporinum	Equoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990946716	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	277,02	310,64	310,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
910	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 25 mg	50 szt.	05909990946426	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,95	67,12	66,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,38



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
911	Ciclosporinum	Equoral, kaps. elastyczne, 50 mg	50 szt.	05909990946525	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,72	133,87	133,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
912	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 10 mg	60 szt.	05909990406111	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	46,72	55,86	32,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	26,93
913	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 100 mg	50 szt.	05909990336814	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	245,01	275,73	267,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	11,19
914	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, roztwór doustny, 100 mg/ml	50 ml	05909990336913	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	138.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	307,30	342,44	310,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwonekrwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	35,00

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
915	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 25 mg	50 szt.	05909990336616	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,19	74,72	66,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	10,98
916	Ciclosporinum	Sandimmun Neoral, kaps. miękkie, 50 mg	50 szt.	05909990336715	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	137.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - cyklosporyna do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	122,18	142,76	133,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL; zespół Alporta z białkomoczem u dzieci do 18 roku życia; anemia aplastyczna u dzieci do 18 roku życia; nieswoiste zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>aplazja lub hipoplazja szpiku kostnego; białaczka z dużych granulanych limfocytów T; wybiórcza aplazja układu czerwono krwinkowego; zespół aktywacji makrofagów; zespół hemofagocytowy; małopłytkowość oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny - leczenie paliatywne; stan po przeszczepie kośćczyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	12,09
917	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990678648	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,70	8,74	2,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,74
918	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909990678655	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,93	14,05	4,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,33
919	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990678679	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,35	23,10	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,22
920	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990066667	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,15	9,21	2,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,21
921	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	16,15	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
922	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990066803	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,02	26,07	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	21,92
923	Ciprofibratum	Lipanon, kaps., 100 mg	30 szt.	05909990376612	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,60	23,88	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,12
924	Ciprofloxacynum	Ciphin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990499113	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,56	10,91	10,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,46
925	Ciprofloxacynum	Ciprinol, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990066414	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	5,36	7,28	5,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,48
926	Ciprofloxacynum	Ciprinol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990066216	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,83	11,19	11,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,60
927	Ciprofloxacynum	Cipronex, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990308514	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	5,39	7,31	5,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,51
928	Ciprofloxacynum	Cipronex, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990334964	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,94	11,31	11,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,72
929	Ciprofloxacynum	Cipropol, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909990729012	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,83	11,19	11,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,60
930	Ciprofloxacynum	Proxacin 250, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909991033514	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	4,86	6,75	5,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,95
931	Ciprofloxacynum	Proxacin 500, tabl. powł., 500 mg	10 szt.	05909991033613	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	7,78	11,13	11,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,57
932	Clarithromycinum	Apiclar, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909991311230	2020-09-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,69	12,56	12,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,32
933	Clarithromycinum	Apiclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991311285	2020-09-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,39	23,67	23,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
934	Clarithromycinum	Fromilid 250, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990773626	2022-01-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,63	18,80	12,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,56
935	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990781010	2022-01-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,44	25,82	24,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,34
936	Clarithromycinum	Fromilid 500, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991036546	2021-05-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	48,06	48,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	24,03
937	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 250 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990081165	2022-01-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	18,75	12,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,51
938	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991260255	2019-05-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,88	22,09	22,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,05
939	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991257316	2019-05-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	22,30	22,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,15
940	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990045532	2022-01-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,63	24,97	24,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,49
941	Clarithromycinum	Klabax, tabl. powł., 500 mg	20 szt.	05909990045549	2022-01-01	3 lata	101.2, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,78	34,81	34,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,41
942	Clarithromycinum	Klabax 125 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990620654	2022-01-01	3 lata	101.1, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	20,30	27,24	27,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,62
943	Clarithromycinum	Klabax 125 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909990620647	2022-01-01	3 lata	101.1, Antibiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,18	17,03	16,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,83

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
944	Clarithromycinum	Klabax 250 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990620678	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	41,04	52,15	52,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,08
945	Clarithromycinum	Klabax 250 mg/5 ml, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909990620661	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,62	32,47	32,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,24
946	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426453	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	20,30	27,24	27,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,62
947	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426446	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,18	17,03	16,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,83
948	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909991426477	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	41,04	52,15	52,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,08
949	Clarithromycinum	Klabax EC, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but.po 60 ml	05909991426491	2021-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	24,62	32,47	32,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,24
950	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	100 ml	05909990331727	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	21,73	28,74	27,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,07
951	Clarithromycinum	Klacid, granulat do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	60 ml	05909990331710	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,12	18,02	16,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,82
952	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	10 szt.	05909990331819	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,88	15,07	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,61
953	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990331826	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,63	20,90	12,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
954	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. o 60 ml	05909990780624	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	26,24	34,16	32,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,75
955	Clarithromycinum	Klacid, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 100 ml	05909990780631	2022-01-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	43,47	54,70	54,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,35
956	Clarithromycinum	Klacid, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990719419	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,26	40,33	24,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,85
957	Clarithromycinum	Klarmin, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991030117	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,98	25,34	24,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,86
958	Clarithromycinum	Lekoklar, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 125 mg/5 ml	1 but. po 68,3 g	05909990946075	2019-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	18,42	25,26	25,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,63
959	Clarithromycinum	Lekoklar, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg/5 ml	1 but. po 68,3 g	05909990946198	2019-11-01	3 lata	101.1, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	36,84	47,73	47,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,87
960	Clarithromycinum	Lekoklar forte, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991282776	2019-11-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,66	21,85	21,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,93
961	Clarithromycinum	Lekoklar forte, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909990952229	2019-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,36	24,69	24,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,35
962	Clarithromycinum	Lekoklar forte, tabletki powlekane, 500 mg	14 tabl.	05909991316761	2017-09-01	5 lat	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,66	21,85	21,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,93
963	Clarithromycinum	Lekoklar mite, tabl. powł., 250 mg	14 szt.	05909990952205	2019-07-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,53	13,45	12,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,21

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
964	Clarithromycinum	Taclar, tabl. powł., 500 mg	14 szt.	05909991023416	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,06	25,42	24,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,94
965	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 300, tabl. powł., 300 mg	16 szt.	05909991001438	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,43	19,84	19,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,92
966	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991001520	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	22,81	30,04	30,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,02
967	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	16 szt.	05909991001537	2021-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,86	37,59	37,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,80
968	Clindamycinum	Clindamycin-MIP 600, tabl. powł., 600 mg	30 szt.	05909991001544	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	57,02	70,37	70,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	35,19
969	Clindamycinum	Clindanea, tabl. powł., 600 mg	12 szt.	05909991414207	2021-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,60	28,77	28,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,39
970	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 150 mg	16 szt.	05909990071210	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,60	10,87	10,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,44
971	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 300 mg	16 szt.	05909990306435	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,21	20,66	20,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,33
972	Clindamycinum	Dalacin C, kaps., 75 mg	16 szt.	05909990071111	2022-01-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,86	8,79	5,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,07
973	Clindamycinum	Klimicin, kaps. twarde, 300 mg	16 szt.	05907626707397	2019-05-01	3 lata	102.2, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,96	18,30	18,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,15
974	Clindamycinum	Klimicin, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 300 mg/2 ml	5 amp.po 2 ml	05909990067510	2022-01-01	3 lata	102.1, Antybiotyki linkozamidowe do stosowania pozajelitowego	24,84	32,49	32,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
975	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997013800	2019-11-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	12,85	17,59	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,48
976	Clobetasoli propionas	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909990369928	2022-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	16,63	21,56	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,45
977	Clobetasolum	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml	50 ml	05909997196497	2019-07-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	12,85	17,59	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,48
978	Clobetasolum	Dermovate, roztwór na skórę, 0,5 mg/ml (0,05%)	25 ml	05909997201375	2019-07-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	6,43	9,20	8,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,15
979	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990294916	2022-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	6,91	8,70	4,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,07
980	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990295012	2022-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	10,91	14,66	11,57	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,09
981	Clomipramini hydrochloridum	Anafranil SR 75, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	20 szt.	05909990295111	2022-01-01	3 lata	183.0, Leki przeciwdepresyjne - trójpierścieniowe	17,17	23,14	23,14	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
982	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615	2022-01-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	4,10	5,16	2,89	Padaczka		ryczałt	5,16
983	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516	2022-01-01	3 lata	158.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - benzodiazepiny	8,10	11,56	11,56	Padaczka		ryczałt	3,20
984	Clopidamidum	Clopidamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	3,74	7,78	7,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,33
985	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991397005	2020-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel	15,12	21,23	21,23	Miażdżycowa objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,37



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
986	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991251949	2019-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	15,23	21,34	21,34	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,40
987	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991271602	2017-03-01	5 lat	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	15,44	21,56	21,56	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,47
988	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990754748	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	18,35	24,62	24,62	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,39
989	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991167011	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	26,87	33,56	24,62	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	16,33

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
990	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990625826	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłpidogrel	18,85	25,14	24,62	Miażdżycowa objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	7,91
991	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990768141	2021-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłpidogrel	14,53	20,61	20,61	Miażdżycowa objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,18
992	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991029388	2021-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłpidogrel	16,20	22,36	22,36	Miażdżycowa objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,71
993	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990727667	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłpidogrel	15,66	21,79	21,79	Miażdżycowa objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,54

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
994	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990793730	2019-03-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	15,71	21,85	21,85	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,56
995	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powł., 75 mg	28 szt. (2 blist. po 14 szt.)	05909990762729	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	19,55	25,88	24,62	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	8,65
996	Clopidogrelum	Vixam, tabl., 75 mg	30 szt.	05909990866533	2019-05-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	20,51	27,14	26,38	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	8,67
997	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05901878600475	2021-07-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - kłopidogrel	14,13	20,19	20,19	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,06

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
998	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05903792743382	2020-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel	14,15	20,21	20,21	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,06
999	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991109219	2022-01-01	3 lata	23.1, Doustne leki przeciwplatekcyjne - klopidogrel	16,20	22,36	22,36	Miażdżycza objawowa naczyń wieńcowych leczona stentami metalowymi (do 6 tygodni od implantacji stentu) lub stentami antyrestenotycznymi uwalniającymi leki (do 12 miesięcy od implantacji stentu) w celu zapobiegania zakrzepom, Stan po zawale mięśnia sercowego bez uniesienia odcinka ST do 12 miesięcy stosowania, Stan po zawale mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST do 30 dni stosowania		30%	6,71
1000	Cloxacillinum	Syntarpen, tabl. powł., 500 mg	16 szt.	05909990295715	2022-01-01	3 lata	89.6, Penicyliny półsyntetyczne doustne - kloksacylina	26,78	34,84	34,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,42
1001	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	100 tabl.	05909991327736	2019-03-01	3 lata	178.1, Lek przeciwpowłokowy - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	46,55	39,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	6,59
1002	Clozapinum	Clopizam, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991327705	2021-03-01	3 lata	178.1, Lek przeciwpowłokowy - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,35	24,71	19,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,73
1003	Clozapinum	Clopizam, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991327606	2021-03-01	3 lata	178.1, Lek przeciwpowłokowy - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,84	6,53	4,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,54
1004	Clozapinum	Klozapol, tabl., 100 mg	50 szt.	05909990139521	2022-01-01	3 lata	178.1, Lek przeciwpowłokowy - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,84	30,48	19,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	10,50

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1005	Clozapinum	Klozapol, tabl., 25 mg	50 szt.	05909990139422	2022-01-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,02	8,82	4,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,83
1006	Clozapinum	Symcloza, tabl., 100 mg	50 szt.	05909991373443	2019-09-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,88	24,22	19,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	4,24
1007	Clozapinum	Symcloza, tabl., 25 mg	50 szt.	05909991373382	2019-09-01	3 lata	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,72	6,41	4,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,42
1008	Colecalciferolum	Juvit D3, krople doustne, roztwór, 20000 j.m./ml	10 ml	05909991047818	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	18.2, Witamina D i jej metabolity - coleskalciferol i kalcyfediol	4,86	7,13	7,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>przewlekła choroba nerek; <2>osteoporoza posterydowa - profilaktyka	ryczałt	3,20
1009	Colistimethatum natricum	Colistin TZF, liofilizat do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, infuzji i inhalacji, 1000000 IU	20 fiol.	05909990366514	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	106.0, Antybiotyki peptydowe - kolistyna	324,00	361,21	361,21	Mukowiscydoza	<1>pierwotna dyskineza rzęsek; <2>zakażenia dolnych dróg oddechowych - profilaktyka u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza; zakażenia dolnych dróg oddechowych - leczenie wspomagające u skojarzeniu z antybiotykoterapią dożylną u osób po przeszczepie płuc w przebiegu chorób innych niż mukowiscydoza	ryczałt	3,20
1010	Collagenasum	Iruxol Mono, maść, 1.2 j./g	20 g	05909990015412	2022-01-01	3 lata	51.0, Enzymy stosowane w oczyszczaniu ran	31,32	40,32	40,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	20,16
1011	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg	1 amp.-strz. 0,5 ml	05909997077482	2020-01-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1237,47	1346,89	1346,89	Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli	ryczałt	3,20	

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1012	Corifollitropinum alfa	Elonva, roztwór do wstrzykiwań, 150 µg	1 amp.-strz. 0,5 ml	05909997077499	2020-01-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1237,47	1346,89	1346,89	Kontrolowana hiperstymulacja jajników w skojarzeniu z antagonistą GnRH u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem – refundacja do 3 cykli		ryczałt	3,20
1013	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010	2022-01-01	3 lata	26.0, Witamina B12 - cyjanokobalamina	8,75	12,45	12,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,74
1014	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990240814	2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-05-01/<2>2019-07-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	72,36	88,08	88,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>choroby autoimmunizacyjne; amyloidoza; <2>zespół hemofagocytowy; zespół POEMS; małopłytkowość oporna na leczenie kortykosteroidami; anemia hemolityczna oporna na leczenie kortykosteroidami; <3>sarkoidoza; śródmiąższowe zapalenie płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL - z wyjątkiem idiopatycznego włóknienia płuc	ryczałt	3,20
1015	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990240814	2019-03-01	3 lata	117.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki alkilujące - cyklofosfamid	72,36	88,08	88,08	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1016	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	20 szt.	05909990657476	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	29,62	38,27	36,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	13,06
1017	Cyproteroni acetat	Androcur, tabl., 50 mg	50 szt.	05909990657483	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	71.0, Hormony płciowe - antyandrogeny o budowie steroidowej	74,06	90,04	90,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	27,01
1018	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	Cyprodiol, tabl. powł., 2+0,035 mg	21 szt.	05909991039486	2021-07-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etinylestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	7,88	10,47	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,36
1019	Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powł., 2+0,035 mg	21 szt.	05909990222216	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etinylestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	8,64	11,27	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,16

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1020	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Diane-35, tabl. powł., 2+0,035 mg	63 szt.	0590999022230	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	25,92	32,12	21,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,78
1021	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	OC-35, tabl. powł., 2+0,035 mg	21 szt.	05909990046171	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	9,00	11,65	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,54
1022	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	OC-35, tabl. powł., 2+0,035 mg	63 szt.	05909990046188	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	26,78	33,02	21,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,68
1023	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg	21 szt.	05909990037773	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	8,64	11,27	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,16
1024	Cyproteroni acetas + Ethinylestradiolum	Syndi-35, tabl. drażowane, 2+0,035 mg	63 szt. (3 blist.po 21 szt.)	05909990086788	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	25,92	32,12	21,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,78

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1025	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulkach, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108	<1>2020-09-01/<2>2020-11-01/<3>2021-11-01	2 lata	247,0, Szczepionki przeciw grypie	41,04	51,90	51,90	<1>Czynne uodpornienie osób powyżej 65 roku życia w zapobieganiu grypie wywołanej przez dwa podtypy wirusa grypy A oraz dwa typy wirusa grypy B, które zawarte są w szczepionce; <2>Profilaktyka grypy u kobiet w ciąży, u dzieci w wieku od ukończonego 24 miesiąca życia do ukończonego 60 miesiąca życia oraz u osób w wieku od 18. roku życia do 65. roku życia o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań pogrypowych tj.: 1) po transplantacji narządów, 2) chorujących na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową, niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne (w tym cukrzycę), choroby neurologiczne i neurodegeneracyjne; 3) w stanach obniżonej odporności (w tym po przeszczepie tkanek i chorujących na nowotwory układu krwiotwórczego); <3>Czynne uodpornienie dzieci od ukończenia 6 miesiąca życia do ukończenia 24 miesiąca życia oraz od ukończenia 60 miesiąca życia do 18 roku życia w zapobieganiu grypie wywołanej przez dwa podtypy wirusa grypy A oraz dwa typy wirusa grypy B, które są zawarte w szczepionce		50%	25,95
1026	Dabigatranum etexilatam	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	10 szt.	05909990641253	2021-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	38,34	45,21	21,07	Żylna powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	27,34
1027	Dabigatranum etexilatam	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	<1>2021-03-01/<2>2020-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	115,02	130,44	63,21	<1>Żylna powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	70,43
1028	Dabigatranum etexilatam	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260	<1>2021-03-01/<2>2020-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	115,02	130,44	63,21	<2>Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	86,19



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1029	Dabigatranum etexilatam	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453	2020-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	115,02	132,32	86,18	Leczenie zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - u osób powyżej 18 roku życia		30%	71,99
1030	Dabigatranum etexilatam	Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg	30 szt.	05909990641222	2021-03-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	115,02	128,56	43,10	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	88,66
1031	Danazolium	Danazol Polfarmex, tabl., 200 mg	100 szt.	05909990925339	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	73.0, Hormony płciowe - antygonadotropiny - danazol	162,00	186,85	186,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	małopłytkowość autoimmunizacyjna oporna na leczenie; zespół mielodysplastyczny	ryczałt	3,56
1032	Dapagliflozinum	Forxiga, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990975884	2021-11-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - flozyny	153,90	178,14	178,14	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c $\geq$ 8 % oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość		30%	53,44
1033	Degareliks	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 120 mg	2 fiol. z prosz. i 2 fiol. z rozp.	05909990774869	2019-09-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zblżone - degareliks	1496,29	1619,24	1619,24	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	9,48
1034	Degareliks	Firmagon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 80 mg	1 fiol. z prosz. i 1 amp-strz. rozp.	05909990774852	2019-09-01	3 lata	237.0, Leki przeciwnowotworowe - antagoniści hormonów i leki zblżone - degareliks	498,71	549,24	549,24	Zaawansowany hormonozależny rak gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1035	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647	2021-05-01	2 lata	231.0. Leki stosowane w chorobach kości - przeciwciała monoklonalne - denosumab	567,15	622,90	622,90	Osteoporoza pomenopauzalna (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u kobiet w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania; Osteoporoza (T-score mniejsze lub równe -2,5 mierzone metodą DXA lub wystąpienie złamania osteoporotycznego) u mężczyzn w wieku powyżej 60 lat, po niepowodzeniu leczenia doustnymi bisfosfonianami lub z przeciwwskazaniami (nietolerancja) do ich stosowania		30%	186,87
1036	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991032838	2021-05-01	3 lata	207.1. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,12	15,20	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,15
1037	Desloratadinum	Dasselta, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991032852	2021-05-01	3 lata	207.1. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	33,36	42,11	38,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,96
1038	Desloratadinum	Delortan, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990969371	2020-09-01	3 lata	207.2. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,65	15,67	12,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,67
1039	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990969654	2022-01-01	3 lata	207.1. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,91	12,89	12,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,87
1040	Desloratadinum	Delortan, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990969678	2020-09-01	3 lata	207.1. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,63	35,03	35,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,51
1041	Desloratadinum	Deslodyna, roztwór doustny, 0.5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990964574	2021-05-01	3 lata	207.2. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	13,18	17,27	12,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,27
1042	Desloratadinum	Deslodyna, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990964611	2021-05-01	3 lata	207.1. Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,91	14,99	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1043	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991359454	2019-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,56	11,47	11,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,44
1044	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	08901175035427	2019-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,53	21,86	21,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,56
1045	Desloratadinum	Desloratadine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991359478	2019-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,27	31,50	31,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,45
1046	Desloratadinum	Dynid, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	150 ml	05909990975921	2022-01-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	11,65	15,67	12,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,67
1047	Desloratadinum	Dynid, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990979981	2022-01-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,67	13,68	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,63
1048	Desloratadinum	Dynid, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05902020241669	2019-09-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	24,26	24,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,28
1049	Desloratadinum	Hitaxa, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909990981458	2021-03-01	3 lata	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	15,55	19,77	12,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,77
1050	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2,5 mg	30 szt.	05909990981359	2021-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,40	9,79	6,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,27
1051	Desloratadinum	Hitaxa, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	30 szt.	05909990981373	2021-03-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,56	18,82	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,77
1052	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990994533	2021-05-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,33	25,85	25,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1053	Desloratadinum	Jovesto, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990994540	2020-11-01	3 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	27,81	36,27	36,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,88
1054	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	2021-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	150,66	174,60	174,60	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	3,20
1055	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 120 µg	30 szt.	05909990068548	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	150,66	174,60	174,60	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	52,38
1056	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2021-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	301,32	336,80	336,80	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	6,40
1057	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 240 µg	30 szt.	05909990068579	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	301,32	336,80	336,80	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	101,04
1058	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	2021-07-01	3 lata	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	75,33	91,51	87,30	Moczówka prosta przysadkowa		ryczałt	7,41
1059	Desmopressinum	Minirin Melt, liofilizat doustny, 60 µg	30 szt.	05909990068494	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	78.2, Hormony przysadki i podwzgórza – doustne postacie farmaceutyczne desmopresyny	75,33	91,51	87,30	Pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów powyżej 6 roku życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	pierwotne izolowane moczenie nocne u pacjentów pomiędzy 5-6 rokiem życia z prawidłową zdolnością zagęszczania moczu po udokumentowaniu nieskuteczności 1-miesięcznego postępowania wspomagającego i motywującego	30%	30,40
1060	Dexamethasonum	Demezoon, tabl., 1 mg	40 szt.	05909991389178	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	23,22	30,86	29,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,07
1061	Dexamethasonum	Demezoon, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991389208	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,44	58,57	58,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,69
1062	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991397524	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	234,36	265,21	265,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1063	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991397258	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	241,92	273,15	273,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,44
1064	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991393984	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	46,98	59,14	59,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,69
1065	Dexamethasonum	Dexamethasone Krka, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991397319	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	48,38	60,61	59,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,33
1066	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991297763	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	252,72	284,49	284,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	28,44
1067	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 4 mg	20 szt.	05909991297480	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	50,54	62,88	59,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,60
1068	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 40 mg	20 szt.	05909991297879	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	502,16	553,04	553,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	56,89
1069	Dexamethasonum	Dexamethasone KRKA, tabl., 8 mg	20 szt.	05909991297633	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	101,09	119,95	119,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,38
1070	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 1 mg	20 szt.	05904374007854	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	16,96	21,96	14,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	10,17
1071	Dexamethasonum	Pabi-Dexamethason, tabl., 500 µg	20 szt.	05904374007861	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	81.2, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego	8,48	11,39	7,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nowotwory złośliwe - leczenie wspomagające - w przypadkach innych niż określone w ChPL; <2>nowotwory złośliwe - premedykacja - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	7,09
1072	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 2 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751518	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki )	16,09	20,32	12,45	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	11,07

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1073	Diazepamum	Relsed, mikrowlewka doodbytnicza, roztwór, 4 mg/ml	5 mikrowlewek a 2,5 ml	05909990751617	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	181.1, Leki przeciwlękowe - diazepam do podawania doodbytniczego (wlewki )	18,58	24,90	24,90	Padaczka	drgawki inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
1074	Diclofenacum	Naclof, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml (but.)	05909990145317	2022-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	7,51	10,77	10,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,69
1075	Diclofenacum	Olfen Uno, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990457120	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,96	22,51	20,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,38
1076	Diclofenacum	Olfen UNO, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990457137	2019-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	22,68	31,11	31,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,56
1077	Diclofenacum natriicum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	10 amp.po 3 ml	05909990753024	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	11,45	15,92	15,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,96
1078	Diclofenacum natriicum	Diclac, roztwór do wstrzykiwań domięśniowych, 75 mg/3 ml	5 amp.po 3 ml	05909990753017	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	5,72	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,15
1079	Diclofenacum natriicum	Dicloabak, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	10 ml (but.)	05909990074044	2022-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	15,12	20,56	20,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1080	Diclofenacum natriicum	DicloDuo, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990752010	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,96	14,41	10,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,35
1081	Diclofenacum natriicum	Difadol 0,1%, krople do oczu, roztwór, 1 mg/ml	5 ml	05909991026516	2022-01-01	3 lata	210.0, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania do oczu - diklofenak	8,53	11,84	10,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1082	Diclofenacum natricum	Majamil prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	20 szt.	05909990033614	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,13	8,02	8,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,01
1083	Diclofenacum natricum	Naklofen, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg/ml	5 amp.po 3 ml	05909990241910	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	5,72	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,15
1084	Diclofenacum natricum	Olfen 75 SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990974122	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,45	14,92	10,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,86
1085	Diclofenacum natricum + Lidocaini hydrochloridum	Olfen 75, roztwór do wstrzykiwań, (37,5+10) mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990161119	2022-01-01	3 lata	141.3, Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania pozajelitowego	9,29	12,05	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,90
1086	Dienogest	Diemono, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991405120	2020-01-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	32,10	40,61	36,27	Endometrioza		ryczałt	7,54
1087	Dienogestum	Aridya, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991430702	2021-05-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,00	35,25	35,25	Endometrioza		ryczałt	3,20
1088	Dienogestum	Endofemine, tabl., 2 mg	28 szt.	05901797710804	2020-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	30,24	38,65	36,27	Endometrioza		ryczałt	5,58
1089	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991398569	2020-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	30,78	39,22	36,27	Endometrioza		ryczałt	6,15
1090	Dienogestum	Endovelle, tabl., 2 mg	84 szt.	05909991398576	2020-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	92,34	109,86	108,81	Endometrioza		ryczałt	10,01
1091	Dienogestum	Probella, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991396978	2020-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	32,07	40,57	36,27	Endometrioza		ryczałt	7,50
1092	Dienogestum	Symdieno, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991392871	2020-03-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	30,24	38,65	36,27	Endometrioza		ryczałt	5,58
1093	Dienogestum	Visanne, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990776962	2019-11-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	110,97	123,42	36,27	Endometrioza		ryczałt	90,35
1094	Dienogestum	Zafrilla, tabl., 2 mg	28 szt.	05907594032552	2020-09-01	3 lata	66.0, Hormony płciowe - progestageny - dienogest	27,97	36,27	36,27	Endometrioza		ryczałt	3,20
1095	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	33,70	43,20	43,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,96
1096	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990217045	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	33,70	43,20	43,20	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1097	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	51,49	63,87	63,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1098	Dihydrocodeini tartras	DHC Continus, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 90 mg	60 szt.	05909990217069	2022-01-01	3 lata	150.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - dihydrokodeina	51,49	63,87	63,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1099	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem 120 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg	30 szt.	05909990482917	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	7,99	11,23	10,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,78
1100	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem 180 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 180 mg	30 szt.	05909990483310	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	11,87	16,30	15,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,52
1101	Diltiazemi hydrochloridum	Dilzem retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 szt.	05909990213214	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	7,02	9,63	7,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,84
1102	Diltiazemi hydrochloridum	Oxycardil 120, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 120 mg	30 szt.	05909990112616	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	7,86	11,09	10,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,64
1103	Diltiazemi hydrochloridum	Oxycardil 60, tabl. powł., 60 mg	60 szt.	05909990121120	2022-01-01	3 lata	43.0, Antagoniści wapnia - pochodne benzotiazepiny - diltiazem	7,44	10,65	10,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1104	Dinatrii pamidronas	Pamifos-30, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	2 fiol. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml	05909990661671	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	183,71	210,22	205,93	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,49
1105	Dinatrii pamidronas	Pamifos-60, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661688	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	183,71	210,22	205,93	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	7,49
1106	Dinatrii pamidronas	Pamifos-90, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 90 mg	1 fiol. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661695	2022-01-01	3 lata	146.2, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniany do podawania pozajelitowego - kwas pamidronowy	275,40	308,90	308,90	Nowotwory złośliwe - Przerzuty osteolityczne w chorobach nowotworowych		ryczałt	3,20
1107	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991024413	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	34,02	42,64	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	17,16
1108	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991024420	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	58,59	71,92	71,92	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	21,58
1109	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05907695215380	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	87,88	105,20	105,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otępienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	31,56



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1110	Donepezil hydrochloride	Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991024314	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	19,44	24,86	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,12
1111	Donepezili hydrochloridum	Apo-Doperil, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990770038	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	18,52	23,90	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,16
1112	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991464141	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,03	36,35	36,35	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,91
1113	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990689873	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	29,38	37,76	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,28
1114	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990689781	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	14,69	19,87	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,13
1115	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990683666	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,08	36,40	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,92
1116	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990683581	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	15,12	20,33	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,59
1117	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991056018	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,08	36,40	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,92
1118	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991055912	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	14,04	19,19	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	6,45

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1119	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Polfarmex, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990877669	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	30,20	38,63	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,15
1120	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Polfarmex, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990877553	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	15,40	20,62	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,88
1121	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990657360	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,62	36,97	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,49
1122	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990657353	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	14,85	20,05	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	7,31
1123	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991403560	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	24,73	32,89	32,89	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	9,87
1124	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991398842	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	12,64	17,72	17,72	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	5,32
1125	Donepezili hydrochloridum	Symepezil, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991275778	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	27,00	35,27	35,27	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	10,58
1126	Donepezili hydrochloridum	Symepezil, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991275747	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	13,50	18,63	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	5,89
1127	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990993314	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	29,70	38,11	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,63

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1128	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990993215	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	19,18	24,59	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,85
1129	Donepezilum	Apo-Doperil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990770045	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,19	36,52	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	11,04
1130	Donepezilum	Apo-Doperil, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05902020661474	2017-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	75,06	92,47	92,47	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	27,74
1131	Donepezilum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	30,74	39,52	39,00	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,22
1132	Donepezilum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990814138	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	18,79	26,65	26,65	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	8,00
1133	Donepezilum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990814077	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	9,40	14,32	14,32	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	4,30
1134	Donepezilum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	30,46	38,90	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	13,42
1135	Donepezilum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	21,49	27,01	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	14,27
1136	Donepezilum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	29,70	38,11	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,63

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1137	Donepezilum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	20,09	25,54	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego; otepienie w przebiegu choroby Parkinsona	30%	12,80
1138	Domasum alfa	Pulmozyme, roztwór do nebulizacji, 1 mg/ml	30 amp.a 2,5 ml	05909990375813	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	205.2, Leki mukolityczne - domaza alfa	2256,12	2427,04	2427,04	Mukowiscydoza	pierwotna dyskineza rąsek	ryczałt	3,20
1139	Dorzolamidum	Dorzoma Mono, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991234904	2019-05-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,26	19,13	16,93	Jaskra		ryczałt	5,40
1140	Dorzolamidum	Dropzol, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.	05909990838325	2019-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,90	19,81	16,93	Jaskra		ryczałt	6,08
1141	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 butelka 5 ml	05909991344306	2021-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,29	19,16	16,93	Jaskra		ryczałt	5,43
1142	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki 5 ml	05909991344313	2021-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	42,91	53,53	50,80	Jaskra		ryczałt	8,06

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1143	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855	2019-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	17,17	22,19	16,93	Jaskra		ryczałt	8,46
1144	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015	2017-07-01	5 lat	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	42,92	53,54	50,80	Jaskra		ryczałt	8,07
1145	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,25	23,32	16,93	Jaskra		ryczałt	9,59
1146	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 x 5 ml	05906414000962	2019-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	44,28	54,96	50,80	Jaskra		ryczałt	9,49
1147	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	15,72	20,67	16,93	Jaskra		ryczałt	6,94

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1148	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936	2021-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	14,26	19,13	16,93	Jaskra		ryczałt	5,40
1149	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943	2021-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	42,77	53,38	50,80	Jaskra		ryczałt	7,91
1150	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909990442423	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	24,52	31,23	25,40	Jaskra		ryczałt	9,03
1151	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674	2021-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,99	25,42	25,40	Jaskra		ryczałt	3,22
1152	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681	2021-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	56,96	70,28	70,28	Jaskra		ryczałt	8,00

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1153	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267	2019-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	22,68	29,29	25,40	Jaskra		ryczałt	7,09
1154	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274	2019-05-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	57,15	70,47	70,47	Jaskra		ryczałt	8,00
1155	Dorzolamidum + Timololum	Ofidorex, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144	2019-09-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	19,12	25,56	25,40	Jaskra		ryczałt	3,36
1156	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705	2022-01-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	23,22	29,86	25,40	Jaskra		ryczałt	7,66
1157	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 x 5 ml w butelce	0590641400955	2019-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	57,15	70,47	70,47	Jaskra		ryczałt	8,00

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1158	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991311049	2021-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	18,96	25,40	25,40	Jaskra		ryczałt	3,20
1159	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991311056	2021-03-01	3 lata	212.2, Leki przeciwjaskrowe - inhibitory anhidrazy węglanowej do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-adrenolitycznymi, leki alfaadrenergiczne do stosowania do oczu	56,89	70,20	70,20	Jaskra		ryczałt	8,00
1160	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 tabl.	05909990901890	2017-07-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,67	8,57	8,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1161	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 tabl.	05909990901890	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,67	8,57	8,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	2,57
1162	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 tabl.	05909990902255	2017-07-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,34	16,24	16,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1163	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 tabl.	05909990902255	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,34	16,24	16,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,87
1164	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 tabl.	05909990902293	2017-07-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	34,02	44,46	44,46	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1165	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 tabl.	05909990902293	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	34,02	44,46	44,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,34
1166	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,52	12,47	4,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,05
1167	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,52	12,47	4,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,24
1168	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,04	17,36	9,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,32
1169	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,04	17,36	9,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,89
1170	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,74	26,11	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,83
1171	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,74	26,11	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,17
1172	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,12	44,67	36,96	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	14,11
1173	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,12	44,67	36,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	18,80

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1174	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,44	24,74	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,46
1175	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,44	24,74	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,80
1176	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	41,75	50,58	36,96	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	20,02
1177	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	41,75	50,58	36,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	24,71
1178	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2019-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,12	24,41	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,13
1179	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,12	24,41	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,47
1180	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2019-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	57,35	68,96	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	23,12
1181	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	57,35	68,96	55,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	30,15
1182	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,66	13,66	4,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1183	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,66	13,66	4,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,43
1184	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,71	18,07	9,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,03
1185	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,71	18,07	9,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	11,60
1186	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,58	23,83	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,55
1187	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,58	23,83	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,89
1188	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,79	12,75	4,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,33
1189	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,79	12,75	4,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,52
1190	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991276492	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,18	7,92	7,92	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1191	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991276492	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,18	7,92	7,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	2,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1192	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991298043	2017-03-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,35	8,10	8,10	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1193	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991298043	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,35	8,10	8,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	2,43
1194	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	15,14	18,52	9,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,48
1195	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	15,14	18,52	9,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	12,05
1196	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2021-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	57,24	70,26	70,26	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,80
1197	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	57,24	70,26	70,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	21,08
1198	Doxazosinum	Doxar, tabletki, 4 mg	28 szt.	05909991376475	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,27	13,87	13,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,16
1199	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	05909991276508	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,37	15,03	15,03	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1200	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	05909991276508	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,37	15,03	15,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,51

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1201	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	05909991298050	2017-03-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,69	15,36	15,36	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1202	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	05909991298050	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,69	15,36	15,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,61
1203	Doxazosinum	Doxar, tabletki, 4 mg	28 tabl.	05909991325626	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,72	14,35	14,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,31
1204	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,55	22,75	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,47
1205	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,55	22,75	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,81
1206	Doxazosinum	Doxazosin Genoptim, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991288945	2021-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,26	15,10	15,10	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1207	Doxazosinum	Doxazosin Genoptim, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991288945	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,26	15,10	15,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,53
1208	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,89	14,71	14,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1209	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedł. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	9,89	14,71	14,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,41

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1210	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,92	17,24	9,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,20
1211	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,92	17,24	9,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,77
1212	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,95	26,33	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,05
1213	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	20,95	26,33	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	13,39
1214	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909991320737	2017-09-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,67	8,57	8,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1215	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909991320737	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	5,67	8,57	8,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	2,57
1216	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909991320751	2017-09-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,34	16,24	16,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1217	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909991320751	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,34	16,24	16,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	4,87
1218	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,96	23,19	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,91

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1219	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,96	23,19	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	10,25
1220	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,89	65,32	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,48
1221	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,89	65,32	55,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	26,51
1222	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,77	17,08	9,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,04
1223	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,77	17,08	9,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,61
1224	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,68	23,94	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,66
1225	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,68	23,94	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,00
1226	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,68	23,94	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,66
1227	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,68	23,94	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	11,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1228	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2021-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,70	45,29	36,96	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	14,73
1229	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	36,70	45,29	36,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	19,42
1230	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,53	12,48	4,62	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,06
1231	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,53	12,48	4,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	9,25
1232	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,93	17,25	9,24	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	11,21
1233	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,93	17,25	9,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; neurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia; nieneurogenna dysfunkcja pęcherza u dzieci do 18 roku życia	30%	10,78
1234	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,28	22,47	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,19
1235	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,28	22,47	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	9,53
1236	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	54,00	65,44	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,60



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1237	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	05909990080267	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	54,00	65,44	55,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia	30%	26,63
1238	Doxycyclinum	Doxycyclinum Polfarmex, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909991330576	2021-05-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	5,67	8,24	8,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,12
1239	Doxycyclinum	Doxycyclinum TZF, kaps. twarde, 100 mg	10 szt.	05909990072316	2022-01-01	3 lata	87.0, Antybiotyki tetracyklinowe - doksycyklina	7,45	10,11	8,24	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,99
1240	Dulaglutidum	Trulicity, roztw. do wstrz., 0.75 mg	2 wstrz.po 0,5 ml	05909991219130	2021-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	169,02	194,18	178,86	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c $\geq$ 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 35 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: - wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	68,98
1241	Dulaglutidum	Trulicity, roztw. do wstrz., 1.5 mg	2 wstrz.po 0,5 ml	05909991219161	2022-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	169,02	194,18	178,86	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c $\geq$ 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 35 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: - wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	68,98

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1242	Dulaglutidum	Trulicity, roztw. do wstrz., 3 mg	2 wstrz.po 0,5 ml	08594012697638	2021-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	169,02	194,18	178,86	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c $\geq$ 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 35 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomoczu lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: - wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	68,98
1243	Dulaglutidum	Trulicity, roztw. do wstrz., 4,5 mg	2 wstrz.po 0,5 ml	08594012697645	2021-09-01	2 lata	252.0, Leki przeciwcukrzycowe - agoniści GLP-1	169,02	194,18	178,86	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c $\geq$ 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 35 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomoczu lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: - wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -naciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu		30%	68,98
1244	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	28 szt.	05909991324551	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,92	20,45	14,10	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,58
1245	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 30 mg	56 szt.	05906414003185	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,84	39,28	28,20	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	19,54
1246	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	28 szt.	05909991324537	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,84	39,28	28,20	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	19,54
1247	Duloxetine	Depratal, tabl. dojelitowe, 60 mg	56 szt.	05906414003192	2022-01-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	63,69	75,84	56,40	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	36,36
1248	Duloxetine	Dulofofor, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991419776	2020-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,64	14,90	14,10	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1249	Duloxetine	Dulofor, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991419813	2020-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,28	28,20	28,20	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,46
1250	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 30 mg	30 szt.	05901720140296	2021-05-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,85	15,28	15,11	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	4,70
1251	Duloxetine	Duloxetine +pharma, kaps. dojelitowe, twarde, 60 mg	30 szt.	05901720140210	2021-05-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,71	28,89	28,89	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,67
1252	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05901797710644	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,12	15,40	14,10	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,53
1253	Duloxetine	Duloxetine Mylan, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05901797710668	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,14	29,10	28,20	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	9,36
1254	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991231040	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,64	14,90	14,10	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,03
1255	Duloxetine	Duloxetine Zentiva, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991231064	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,28	28,20	28,20	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,46
1256	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991386498	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,45	15,75	14,10	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,88
1257	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991222239	2020-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,49	15,79	14,10	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,92
1258	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991222253	2020-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,98	29,98	28,20	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,24
1259	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991383688	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,90	29,90	28,20	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,16
1260	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991222321	2020-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,98	29,98	28,20	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,24
1261	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991383695	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	45,79	57,05	56,40	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	17,57
1262	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991222345	2020-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	45,96	57,24	56,40	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	17,76
1263	Duloxetine	Dulsevía, kaps. dojelitowe twarde, 90 mg	28 szt.	05909991352172	2020-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,47	43,72	42,30	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	14,11
1264	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991396688	2020-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,63	14,89	14,10	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,02

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1265	Duloxetine	Dulxetenon, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991396664	2020-11-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,27	28,18	28,18	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	8,45
1266	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	28 szt.	05909991249540	2020-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,49	15,79	14,10	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	5,92
1267	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 30 mg	56 szt.	05909991249618	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,98	29,98	28,20	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,24
1268	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	28 szt.	05909991249885	2020-03-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,98	29,98	28,20	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	10,24
1269	Duloxetine	Dutilox, kaps. dojelitowe twarde, 60 mg	56 szt.	05909991249946	2020-09-01	2 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	45,96	57,24	56,40	Leczenie dużych zaburzeń depresyjnych (F32.2, F32.3, F33.2, F33.3 wg ICD-10)		30%	17,76
1270	Dutasteridum	Adadut, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991328696	2020-09-01	2 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,12	28,18	22,19	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	12,65
1271	Dutasteridum	Dutafin, kaps. miękkie, 0,5 mg	30 szt.	05909991372606	2020-11-01	2 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	16,42	22,19	22,19	Leczenie umiarkowanych do ciężkich objawów łagodnego rozrostu gruczołu krokowego		30%	6,66
1272	Empagliflozinum	Jardiance, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991138509	2021-11-01	2 lata	251.0, Doustne leki przeciw cukrzycowe - flozyny	146,99	170,38	166,26	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c $\geq$ 8 % oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 3 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: -wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, -dyslipidemia, -nadciśnienie tętnicze, -palenie tytoniu, -otyłość		30%	54,00
1273	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,26	6,10	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,02
1274	Enalapril maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,37	11,74	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,59

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1275	Enalapryli maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,88	11,22	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,07
1276	Enalapryli maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,58	20,08	20,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
1277	Enalapryli maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,91	3,88	2,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,88
1278	Enalapryli maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,31	7,21	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	niewydolność serca inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,13

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1279	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	274,80	305,35	210,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orciezcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	99,98

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1280	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	49,85	60,01	42,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orciezcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	21,07

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1281	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	100,17	116,57	84,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orciezcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	35,49



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1282	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	141,17	161,90	126,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orciezcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	38,68

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1283	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	182,65	207,17	168,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orciezcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	42,88

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1284	Enoxaparinum natriicum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	303,36	336,21	252,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orciezcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	89,77

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1285	Enoxaparinum natriicum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	359,94	396,90	316,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orciezcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	88,85

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1286	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096	2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	172,37	197,80	197,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	5,33

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1287	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010	2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	32,83	42,14	42,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1288	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034	2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	68,95	83,79	83,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orciezcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1289	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058	2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	105,88	124,85	124,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1290	Enoxaparinum natrium	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072	2019-11-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	137,89	160,17	160,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,27

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1291	Enoxaparinum natriicum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	204,12	232,00	232,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1292	Enoxaparinum natrium	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	255,15	286,86	286,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowozatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; <2>terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,00
1293	Enzyma pancreatis	Kreon 25 000, kaps. dojel., 25000 J.Ph.Eur.Lipazy	50 szt.	05909990042579	2022-01-01	3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	47,41	57,77	45,35	Mukowiscydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	12,42
1294	Ergotamini tartras	Ergotaminum Filofarm, tabl. drażowane, 1 mg	20 szt.	05909990211517	2022-01-01	3 lata	154.0, Leki przeciwmigrenowe - ergotamina	3,48	5,11	5,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,56
1295	Esomeprazolom	Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	28 kaps.	05909990926497	2019-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,11	8,84	8,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1296	Esomeprazolom	Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	56 kaps.	05909991074975	2019-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,25	16,93	16,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,47
1297	Esomeprazolom	Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 40 mg	28 kaps.	05909990926534	2019-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,25	16,93	16,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,47
1298	Esomeprazolom	Emanera, kapsułki dojelitowe, twarde, 40 mg	56 kaps.	05909991074999	2019-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	24,49	32,06	32,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,03
1299	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990841332	2019-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,45	10,24	8,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,82
1300	Esomeprazolom	Helides, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990841363	2019-03-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,04	18,81	17,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,97
1301	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990876280	2019-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,12	8,85	8,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,43
1302	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 20 mg	56 szt.	05909990876327	2021-09-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,21	16,89	16,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,45
1303	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990876778	2019-05-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,27	16,95	16,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,48
1304	Esomeprazolom	Mesopral, kaps. dojel. twarde, 40 mg	56 szt.	05909990876808	2021-09-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	24,42	31,99	31,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,00
1305	Esomeprazolom	Texibax, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991268275	2022-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,99	8,71	8,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,36
1306	Esomeprazolom	Texibax, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991268282	2022-01-01	3 lata	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,99	16,66	16,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,33
1307	Estradioli valeras + Medroxyprogesteroni acetatas	Divina, tabl., 2 mg, 2+10 mg	21 szt.	05909990661411	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	9,68	14,02	14,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,21
1308	Estradioli valeras + Norgestrelum	Cyclo-Progynova, tabl. powł., 2;2+0,5 mg	21 szt.	05909990304219	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	5,18	9,30	9,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,79
1309	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 0,5 mg/0,5 g	28 sas.	05909990447619	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	26,68	31,14	11,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	23,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1310	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szasz. a 1g	05909990447718	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	33,48	40,14	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	24,43
1311	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szt.	05909991441678	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	24,30	30,51	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	14,80
1312	Estradiolum	Divigel 0,1%, żel, 1 mg/g	28 szt.	05909991382100	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	25,11	31,36	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	15,65
1313	Estradiolum	Estrofem, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990330713	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	11,23	15,65	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	4,70
1314	Estradiolum	Estrofem mite, tabl. powł., 1 mg	28 szt.	05909990823215	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	10,58	13,38	7,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	7,90
1315	Estradiolum	System 50, system transdermalny, 3,2 mg	6 szt.	05909990169214	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	16,63	22,45	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	F64.0 (wg ICD-10)	30%	6,74
1316	Estradiolum + Drospirenonum	Angeliq, tabl. powł., 1+2 mg	28 szt.	05909990221073	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	38,88	44,68	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	33,73
1317	Estradiolum + Dydrogesteronum	Femoston conti, tabl. powł., 1+5 mg	28 szt.	05909990973316	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	19,44	24,27	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,32
1318	Estradiolum + Norethisteroni acetat	Kliogest, tabl. powł., 2+1 mg	28 szt.	05909990329717	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	20,67	25,56	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,61
1319	Estradiolum + Norethisteroni acetat	System Conti, system transdermalny, plaster, 3,2+11,2 mg	8 szt.	05909990444717	2020-03-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	31,30	37,87	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1320	Estradiolum + Norethisteroni acetat	System Sequi, system transdermalny, plaster, 3,2; 3,2+11,2 mg	8 szt. (4 plastry System 50 + 4 plastry System Conti)	05909990444816	2020-03-01	3 lata	68.1, Leki hormonalne do podawania przezskórnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	22,94	29,08	22,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,37
1321	Estradiolum + Norethisteronum	Activelle, tabl. powł., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990451210	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	21,38	26,31	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,36
1322	Ethambutoli hydrochloridum	Ethambutol Teva, kaps., 250 mg	250 szt.	05909990227310	2020-03-01	3 lata	240.0, Leki przeciwprątkowe - inne - etambutol	91,80	109,71	109,71	Gruźlica, w tym również gruźlica lekkoopoma i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
1323	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powł., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990879458	2021-09-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,56	8,04	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,93
1324	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Levomine, tabl. powł., 30+150 µg	63 szt.	05909990879465	2019-03-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	15,66	21,34	21,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,40
1325	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powł., 30+150 µg	21 szt.	05909990060016	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,72	8,20	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,09
1326	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Microgynon 21, tabl. powł., 30+150 µg	63 szt.	05909990060023	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	16,20	21,91	21,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,57
1327	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909997223414	2019-07-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,40	7,87	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,76
1328	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. powł., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909991383404	2019-03-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etynyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,40	7,87	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1329	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909991383817	2019-03-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etinyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,40	7,87	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,76
1330	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Rigevidon, tabl. powł., 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990873319	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etinyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,62	8,10	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
1331	Ethinylestradiolum + Levonorgestrelum	Stediril 30, tabl. drażowane, 0,03+0,15 mg	21 szt.	05909990072514	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etinyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	5,62	8,10	7,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,99
1332	Ethosuximidum	Petinimid, kaps., 250 mg	100 szt.	05909990244911	2022-01-01	3 lata	157.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - etosuksymid	49,14	61,26	61,26	Padaczka		ryczałt	3,20
1333	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,25 mg	60 szt.	05909990211654	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - everolimus	391,17	433,93	433,93	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1334	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,5 mg	60 szt. (6 blist. po 10 szt.)	05909990211357	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - everolimus	840,51	916,44	885,57	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	34,07
1335	Everolimusum	Certican tabletki, tabl., 0,75 mg	60 szt.	05909990211845	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	135.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - everolimus	1222,67	1328,35	1328,35	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek	ryczałt	3,20
1336	Exemestanum	Etadron, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990798094	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	62,64	74,89	55,37	Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	homonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	19,52
1337	Exemestanum	Glandex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990812202	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	62,76	75,02	55,37	Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	homonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	19,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1338	Exemestanum	Symex, tabl. drażowane, 25 mg	30 szt.	05909991335489	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	62,64	74,89	55,37	Nowotwory złośliwe; Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	19,52
1339	Ezetimibum	Esetin, tabletki, 10 mg	30 tabl.	05909991388669	2019-05-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	21,22	25,82	13,75	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskómej lub kardiologicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej	30%	16,20	
1340	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303	2020-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	9,02	12,83	12,83	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskómej lub kardiologicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej	30%	3,85	
1341	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310	2020-03-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	28,99	37,54	37,54	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskómej lub kardiologicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej	30%	11,26	
1342	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161	2021-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,57	19,71	12,83	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskómej lub kardiologicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej	30%	10,73	



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1343	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229	2021-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	15,55	19,69	12,83	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskómej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	10,71
1344	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450	2021-05-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	9,01	12,82	12,82	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskómej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	3,85
1345	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407	2021-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	9,72	13,75	13,75	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskómej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	4,13
1346	Ezetimibum	Ezolip, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991304416	2021-09-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	22,03	26,67	13,75	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskómej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	17,05
1347	Ezetimibum	Lipegis, tabletki, 10 mg	30 tabl.	05909990996902	2019-07-01	3 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	21,60	26,22	13,75	Hipercholesterolemia LDL-C powyżej 130 mg/dl utrzymująca się pomimo terapii statynami w przypadku: stanu po zawale serca lub rewaskularyzacji wieńcowej (przezskómej lub kardiochirurgicznej), stanu po rewaskularyzacji obwodowej lub amputacji obwodowej z powodu choroby miażdżycowej, hipercholesterolemii rodzinnej		30%	16,60

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1348	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990014835	2022-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	8,40	11,23	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,66
1349	Famotidinum	Famogast, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990014828	2022-01-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	15,79	20,62	17,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,48
1350	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	42,00	49,71	28,63	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	35,40
1351	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909990761562	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	42,00	49,71	28,63	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczianowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	29,67
1352	Febuxostatium	Adenuric, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990761548	2021-03-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	39,37	45,60	19,08	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczianowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	32,24
1353	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2020-03-01/<2>2021-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	43,08	50,84	28,63	<1>Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	36,53
1354	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991391607	<1>2020-03-01/<2>2021-11-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	43,08	50,84	28,63	<2>Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczianowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	30,80

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1355	Febuxostatium	Denofix, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991391522	2021-11-01	3 lata	145,0, Leki stosowane w leczeniu dny	28,72	34,42	19,08	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	21,06
1356	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2021-07-01	3 lata	145,0, Leki stosowane w leczeniu dny	43,05	50,81	28,63	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	36,50
1357	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	03838989705145	2021-07-01	3 lata	145,0, Leki stosowane w leczeniu dny	43,05	50,81	28,63	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	30,77
1358	Febuxostatium	Febuxostat Krka, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	03838989705152	2021-07-01	3 lata	145,0, Leki stosowane w leczeniu dny	28,70	34,40	19,08	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	21,04
1359	Febuxostatium	Prohidna, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991402983	2021-05-01	3 lata	145,0, Leki stosowane w leczeniu dny	40,91	48,57	28,63	Zapobieganie i leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów poddawanych chemioterapii z powodu nowotworów krwi z umiarkowanym do wysokiego ryzykiem wystąpienia zespołu rozpadu guza, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		50%	34,26
1360	Febuxostatium	Prohidna, tabl. powł., 120 mg	28 szt.	05909991402983	2021-05-01	3 lata	145,0, Leki stosowane w leczeniu dny	40,91	48,57	28,63	Leczenie przewlekłej hiperurykემii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	28,53

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1361	Febuxostatium	Prohidna, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991402952	2021-05-01	3 lata	145.0, Leki stosowane w leczeniu dny	27,27	32,89	19,08	Leczenie przewlekłej hiperurykemii u dorosłych pacjentów w chorobach, w których wystąpiło już odkładanie się złogów moczanowych, gdy leczenie allopurinolem jest przeciwwskazane lub nie może być kontynuowane z powodu wystąpienia działań niepożądanych		30%	19,53
1362	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	28 szt.	05909990344918	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	13,87	17,93	12,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,91
1363	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	28 szt.	05909990344819	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	10,29	12,71	6,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,20
1364	Fenofibratum	Apo-Feno 200 M, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990909414	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	13,90	18,95	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,19
1365	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990754496	2019-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	15,50	20,63	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,87
1366	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990754526	2019-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	20,74	27,09	24,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,05
1367	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt. (3 blist.po 10)	05909990713974	2018-01-01	5 lat	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	15,88	21,03	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,27
1368	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	20,57	26,91	24,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,87
1369	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	8,59	12,90	12,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,87
1370	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	13,82	18,87	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,11
1371	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	30 kaps.	05907594032309	2019-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	17,82	24,78	24,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,43
1372	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	60 kaps.	05907594032408	2019-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	35,64	46,68	46,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,00
1373	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsułki twarde, 267 mg	90 kaps.	05907594032507	2019-03-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	53,46	67,77	67,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,33
1374	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909991212339	2021-07-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	13,58	18,61	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,85
1375	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05907594031500	2021-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	27,43	35,58	35,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1376	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05907594031609	2021-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	41,04	51,87	51,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,56
1377	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909991201173	2021-07-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,12	24,34	24,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,30
1378	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	60 szt.	05907594031708	2021-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	36,61	46,65	46,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,00
1379	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powł., 215 mg	90 szt.	05907594031807	2021-05-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	54,92	67,88	67,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,36
1380	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	17,82	23,06	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,30
1381	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	24,40	30,93	24,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,89
1382	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powł., 160 mg	30 szt.	05909990903917	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	18,36	23,63	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,87
1383	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powł., 215 mg	30 szt.	05909990431342	2022-01-01	3 lata	47.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - fibraty	24,51	31,05	24,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,01
1384	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	19,42	23,85	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,90
1385	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	18,09	21,71	9,65	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	15,26
1386	Fenoterolum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	24,62	30,33	19,30	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo - płucna; dyskineza rzęsek	30%	16,82
1387	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990765713	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	81,00	99,50	99,50	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1388	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990765416	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	30,62	39,11	36,72	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	5,59
1389	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990765515	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	48,60	61,48	61,48	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1390	Fentanylum	Durogesic, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990765614	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	64,80	81,00	81,00	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1391	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 100 µg	28 szt.	05909990643011	2021-09-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	509,76	561,13	561,13	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1392	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 200 µg	28 szt.	05909990643035	2022-01-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	509,76	561,13	561,13	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1393	Fentanylum	Effentora, tabl. podpoliczkowe, 400 µg	28 szt.	05909990643059	2022-01-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	509,76	561,13	561,13	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,20
1394	Fentanylum	Fenta MX 100, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990054695	2021-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	108,00	127,85	127,85	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1395	Fentanylum	Fenta MX 25, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990054589	2021-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	27,00	35,31	35,31	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1396	Fentanylum	Fenta MX 50, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990054626	2021-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	54,00	67,15	67,15	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1397	Fentanylum	Fenta MX 75, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990054664	2021-07-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	81,00	98,01	98,01	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1398	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	10 szt.	05909991204853	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	217,73	247,08	247,08	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	6,40
1399	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 100 µg/h	5 szt.	05909990000098	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	107,14	126,95	126,95	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1400	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 25 µg/h	10 szt.	05909991204822	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	56,05	69,30	69,30	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1401	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	10 szt.	05909991204839	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	109,62	129,55	129,55	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1402	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 50 µg/h	5 szt.	05909990000050	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	54,00	67,15	67,15	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1403	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	10 szt.	05909991204846	2021-11-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	163,08	188,19	188,19	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	4,80
1404	Fentanylum	Fentanyl Actavis, system transdermalny, plaster, 75 µg/h	5 szt.	05909990000081	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	79,97	96,93	96,93	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1405	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1 but.po 2,9 ml (20 daw.)	05909990699735	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	355,16	394,59	394,59	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1406	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 200 µg/dawkę	1 but.po 5 ml (40 daw.)	05909990699889	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	716,27	782,91	782,91	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1407	Fentanylum	Instanyl, aerozol do nosa, roztwór, 50 µg/dawkę	1 but.po 1,8 ml (10 daw.)	05909990699643	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	174,60	200,41	200,41	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1408	Fentanylum	Matrifen 100 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 100 µg/h	5 szt.	05909990043330	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	113,40	133,52	133,52	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1409	Fentanylum	Matrifen 12 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 12 µg/h	5 szt.	05909990043163	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	13,61	18,65	17,63	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	4,22
1410	Fentanylum	Matrifen 25 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 25 µg/h	5 szt.	05909990043279	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	28,35	36,72	36,72	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1411	Fentanylum	Matrifen 50 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 50 µg/h	5 szt.	05909990043385	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przezskórnego	56,70	69,99	69,99	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1412	Fentanylum	Matrifen 75 mikrogramów/godzinę system transdermalny, system transdermalny, 75 µg/h	5 szt.	05909990043224	2022-01-01	3 lata	152.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania przeskórnego	85,05	102,27	102,27	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
1413	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955503	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	139,68	162,49	162,49	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1414	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 100 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955527	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	561,60	616,85	616,85	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1415	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	1,55 ml (1 butelka)	05909990955541	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	139,68	162,49	162,49	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20
1416	Fentanylum	PecFent, aerozol do nosa, roztwór, 400 µg/dawkę	4 but. po 1,55 ml	05909990955558	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	152.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania donosowego	561,60	616,85	616,85	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ból przebijający u dzieci z chorobą nowotworową, które w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawane są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1417	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 133 µg	30 szt.	05909991074647	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	547,56	601,78	601,21	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,77
1418	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 267 µg	30 szt.	05909991074685	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	547,56	601,78	601,21	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,77
1419	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 400 µg	30 szt.	05909991074739	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	547,56	601,78	601,21	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,77
1420	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 533 µg	30 szt.	05909991074777	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	547,56	601,78	601,21	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,77
1421	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 67 µg	30 szt.	05909991074593	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postaci do stosowania podpoliczkowego	547,56	601,78	601,21	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1422	Fentanylum	Vellofent, tabl. podjęzykowe, 800 µg	30 szt.	05909991074821	2021-07-01	3 lata	152.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - postacię do stosowania podpoliczkowego	547,56	601,78	601,21	Ból przebijający u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową, którzy w ramach leczenia przewlekłego bólu nowotworowego poddawani są opioidowej terapii podtrzymującej, a u których istnieją udokumentowane przeciwwskazania do stosowania innych krótkotrwałe działających opioidów lub stwierdzono nieskuteczność tych leków		ryczałt	3,77
1423	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	56,81	66,68	32,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	37,33
1424	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	144,62	167,91	162,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	8,37
1425	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	207,74	235,92	227,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,29
1426	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	95,69	109,81	52,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	60,93
1427	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	240,95	271,55	260,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	14,37
1428	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	343,35	381,47	364,53	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	20,14
1429	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687787	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	145,47	168,80	162,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	9,26

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1430	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687848	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	133.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - immunostymulujące - czynniki stymulujące wzrost granulocytów	230,31	260,38	260,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	gorączka neutropeniczna (zakażenie w przebiegu neutropenii) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; anemia aplastyczna; neutropenia wrodzona - w przypadkach innych niż określone w ChPL; neutropenia nabyta - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
1431	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990711949	2019-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,81	27,85	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,86
1432	Finasteridum	Adaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990711987	2019-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	65,42	78,36	66,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	21,39
1433	Finasteridum	Androster, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990055470	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,96	28,01	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,02
1434	Finasteridum	Androster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990906154	2019-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	65,88	78,84	66,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	21,87
1435	Finasteridum	Antiprost, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990067770	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,79	27,84	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,85
1436	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990048670	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,04	28,09	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,10
1437	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990938797	2021-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	64,77	77,68	66,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	20,71
1438	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991222673	2021-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	14,58	20,26	20,26	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
1439	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991282288	2019-11-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	18,36	24,23	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	5,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1440	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990713127	2019-03-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,68	28,76	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,77
1441	Finasteridum	Finamef, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990713141	2019-03-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	68,04	81,11	66,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	24,14
1442	Finasteridum	Finaran, tabl. powł., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990082391	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,36	26,33	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,34
1443	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991207311	2019-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	88,45	104,26	88,76	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	28,30
1444	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909991151218	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,11	28,17	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,18
1445	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990811045	2019-05-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	66,74	79,75	66,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,78
1446	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg	120 tabl.	05909991284053	2017-09-01	5 lat	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	71,28	86,23	86,23	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	12,80
1447	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990055098	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	17,28	23,09	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,10
1448	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	05909991289430	2017-09-01	5 lat	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	51,84	64,10	64,10	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1449	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096571	2021-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	14,58	20,26	20,26	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1450	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991096601	2021-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	43,73	55,59	55,59	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
1451	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017973	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,47	26,44	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,45
1452	Finasteridum	Finxta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990050895	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,62	26,37	20,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,86
1453	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017997	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	21,76	27,80	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,81
1454	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990077267	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,74	26,73	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,74
1455	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	90 szt. (6 blist.po 15 szt.)	05909990077274	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	62,21	74,99	66,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,02
1456	Finasteridum	Proscar, tabl. powł., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110	2019-01-01	5 lat	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	22,12	27,95	20,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	10,44
1457	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990074105	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	20,41	26,38	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,39
1458	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991107871	2018-01-01	5 lat	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	57,51	70,06	66,57	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,09
1459	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991088842	2019-09-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,44	25,36	22,19	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1460	Finasteridum	Zasterid, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991053710	2022-01-01	3 lata	77.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - inhibitory 5-alfa reduktazy	19,98	25,70	20,71	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,19
1461	Fluconazolum	Candifluc/Fluconazolum Aflofarm, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991257804	2021-07-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	19,44	26,65	26,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,33
1462	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990662388	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	78,61	92,71	70,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	57,61
1463	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990662371	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	19,65	24,97	17,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,20
1464	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 150 mg	1 szt.	05909990490615	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	4,20	5,62	3,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,74
1465	Fluconazolum	Flucofast, kaps. twarde, 150 mg	3 szt.	05907529466339	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,66	12,32	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,68
1466	Fluconazolum	Flucofast, kapsułki twarde, 200 mg	7 kaps.	05909991283247	2017-07-01	5 lat	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	40,77	35,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,22
1467	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	14 szt.	05909990490523	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	19,65	24,97	17,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,20
1468	Fluconazolum	Flucofast, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990490516	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,80	12,92	8,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,53
1469	Fluconazolum	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909991097219	2022-01-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	23,76	31,19	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1470	Fluconazolom	Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990912988	2019-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	59,51	72,66	70,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	37,56
1471	Fluconazolom	Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990912896	2019-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,34	20,45	17,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,68
1472	Fluconazolom	Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909990913466	2019-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	30,67	38,94	35,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	21,39
1473	Fluconazolom	Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909990912360	2019-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,34	20,45	17,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,68
1474	Fluconazolom	Fluconazole Aurobindo, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909990912346	2019-07-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,67	10,68	8,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,29
1475	Fluconazolom	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909991262679	2020-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	59,49	72,63	70,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	37,53
1476	Fluconazolom	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991262617	2020-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,23	20,33	17,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,56
1477	Fluconazolom	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909991262488	2020-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,23	20,33	17,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,56
1478	Fluconazolom	Fluconazole Genoptim, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991262457	2020-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,61	10,62	8,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,23
1479	Fluconazolom	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798	2017-09-01	5 lat	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	23,76	31,19	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,60



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1480	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	28 szt.	05909990780181	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	67,44	80,97	70,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	45,87
1481	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 100 mg	7 szt.	05909990859719	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	16,96	22,15	17,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,38
1482	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	1 szt.	05909990017874	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,60	4,99	3,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,11
1483	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 150 mg	3 szt.	05909990017881	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	14,57	11,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,93
1484	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	14 szt.	05909991022556	2021-03-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	66,10	79,58	70,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	44,48
1485	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 200 mg	7 szt.	05909991022549	2021-03-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	33,06	41,46	35,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,91
1486	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511	2021-05-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	23,76	31,19	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,60
1487	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	14 szt.	05909990859610	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	16,87	22,05	17,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,28
1488	Fluconazolom	Fluconazole Polfarmex, tabl., 50 mg	7 szt.	05909990859672	2021-05-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,43	11,48	8,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,09
1489	Fluconazolom	Flukonazol Actavis/Flumycon, kapsułki twarde, 150 mg	1 kaps.	05909990869763	2017-03-01	5 lat	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	3,46	4,84	3,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,96

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1490	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990869756	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	62,90	76,22	70,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	41,12
1491	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909990869732	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,72	20,85	17,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,08
1492	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 150 mg	7 szt.	05909991365745	2019-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	21,21	27,96	26,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,80
1493	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909990869770	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	31,45	39,77	35,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,22
1494	Fluconazolum	Flumycon, syrop, 5 mg/ml	150 ml w butelce	05909990841707	2019-05-01	3 lata	110.2, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - płynne postacie farmaceutyczne	24,08	31,52	31,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	15,93
1495	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	14 szt.	05909990869695	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	15,72	20,85	17,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,08
1496	Fluconazolum	Flumycon, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909990869688	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,86	10,88	8,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,49
1497	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 100 mg	7 szt.	05909991388270	2020-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	18,52	17,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,75
1498	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 150 mg	1 szt.	05909991388287	2020-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	2,89	4,24	3,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,36
1499	Fluconazolum	Fluxazol, kaps. twarde, 200 mg	7 szt.	05909991388294	2020-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	35,10	35,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,55

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1500	Fluconazolum	Fluazol, kaps. twarde, 50 mg	7 szt.	05909991388263	2020-09-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	6,75	9,71	8,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,32
1501	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990980611	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	67,72	81,28	70,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	46,18
1502	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 100 mg	7 szt.	05909990642533	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	19,99	17,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,22
1503	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 200 mg	7 szt.	05909991118914	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	31,32	39,64	35,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,09
1504	Fluconazolum	Mycosyst, kaps., 50 mg	7 szt.	05909990980512	2022-01-01	3 lata	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	7,07	10,05	8,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,66
1505	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885	2020-11-01	3 lata	80.0, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - mineralokortykoidy - fludrokortyzon	10,48	14,71	14,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1506	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	14,69	18,81	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,69
1507	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	15,30	19,46	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,34
1508	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	11,56	15,34	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,83
1509	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	15,11	19,26	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,14
1510	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621	2019-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	10,35	14,25	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,13

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1511	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990742509	2019-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	10,37	14,28	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,16
1512	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990374328	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	38,77	45,42	21,72	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	30,22
1513	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990374311	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,85	15,42	6,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,86
1514	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 0,5 mg	50 szt.	05909991074258	2021-05-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	13,37	6,29	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	10,28
1515	Flupentixolum	Fluanxol, tabl. powł., 3 mg	50 szt.	05909991074296	2021-05-01	3 lata	179.1, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,16	37,71	37,71	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1516	Flupentixolum	Fluanxol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990127214	2022-01-01	3 lata	179.2, Leki przeciwpsychotyczne - flupentyksol do podawania pozajelitowego	10,24	14,40	14,40	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		ryczałt	3,20
1517	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990941612	2022-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	17,22	23,21	21,44	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,77
1518	Flutamidum	Apo-Flutam, tabl. powł., 250 mg	90 szt.	05909990941629	2022-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	51,80	64,33	64,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1519	Flutamidum	Flutamid Egis, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990139217	2022-01-01	3 lata	131.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyandrogeny o budowie niesteroidowej	54,00	67,24	67,24	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1520	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 poj. po 120 daw.	05908289660371	2021-05-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	23,76	30,16	24,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	17,73
1521	Fluticasoni propionas	Fanipos, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę donosową	1 poj. po 120 daw.	05909990570720	2022-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,88	15,75	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,54
1522	Fluticasoni propionas	Flixonase, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	poj. 10 ml (120 dawek)	05909990933839	2019-05-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,97	15,85	12,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1523	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	53,46	62,67	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	35,82
1524	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	27,00	32,54	15,03	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,71
1525	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	85,28	99,43	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	44,66
1526	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	52,92	62,11	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	35,26
1527	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	24,11	28,97	12,02	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,15
1528	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	24,59	29,47	12,02	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	20,65
1529	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	49,74	58,77	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	31,92
1530	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	16,50	19,45	6,01	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	16,64
1531	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	89,10	103,45	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	48,68
1532	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771	2021-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	25,92	33,76	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,91
1533	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788	2021-11-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	51,84	64,32	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,55
1534	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	33,25	41,45	30,05	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,60

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1535	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889	2022-01-01	3 lata	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	61,40	74,36	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,59
1536	Fluticasoni propionas	Flutixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/2 ml	10 amp. 2 ml	05906414003062	2019-03-01	3 lata	200.3, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - postacię płynną do nebulizacji w średnich dawkach	21,81	28,83	28,83	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1537	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915	2021-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	68,85	84,28	84,28	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1538	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991442064	2021-07-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	70,85	86,37	86,37	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1539	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931	2019-11-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	76,03	91,81	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,19
1540	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955	2019-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	90,72	108,27	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,31
1541	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870	2020-11-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	57,13	70,49	70,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,21
1542	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887	2020-11-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	71,28	86,82	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1543	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894	2020-11-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,86	103,16	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1544	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670	2017-07-01	5 lat	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	76,23	92,02	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,40
1545	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687	2017-07-01	5 lat	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	93,96	111,67	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,71
1546	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763	2021-05-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	71,26	86,80	86,80	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1547	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770	2021-05-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,84	103,14	103,14	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1548	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787	2021-05-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	57,11	70,47	70,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1549	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732	2021-09-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	57,02	70,38	70,38	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1550	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749	2021-09-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	70,85	86,37	86,37	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1551	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756	2021-09-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,32	102,60	102,60	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1552	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 120 dawek	05909991403959	2021-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	71,27	86,81	86,81	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1553	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403966	2021-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,85	103,15	103,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1554	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403898	2021-03-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	57,12	70,48	70,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1555	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626	2020-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	74,52	90,23	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,61
1556	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657	2020-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	90,56	108,10	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,14
1557	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900	2021-03-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	58,05	71,46	70,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,18
1558	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924	2021-03-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	75,82	91,59	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,97
1559	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931	2021-03-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	92,88	110,53	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	10,57
1560	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	81,00	97,03	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,41
1561	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	106,92	125,28	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	25,32



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1562	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawieszina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918	2022-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	64,78	78,52	70,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	11,24
1563	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422	2022-01-01	3 lata	199.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w niskich dawkach	62,06	75,66	70,48	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,38
1564	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	71,28	86,82	86,82	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1565	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	86,94	104,30	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	4,34
1566	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980	2022-01-01	3 lata	199.2, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w średnich dawkach	70,74	86,26	86,26	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1567	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055	2022-01-01	3 lata	199.3, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty złożone z kortykosteroidami w wysokich dawkach	85,86	103,16	103,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1568	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 kaps.	05909990938001	2018-03-01	5 lat	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	61,07	74,01	60,10	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	19,24
1569	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 kaps.	05909990938025	2018-03-01	5 lat	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	122,15	142,15	120,20	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	32,62
1570	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991431211	2020-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	23,33	27,90	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	18,78
1571	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991431167	2020-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	23,33	27,90	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	18,78

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1572	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990347827	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	32,40	37,41	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,29
1573	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990347728	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	32,40	37,41	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	28,29
1574	Folitropinum delta	Rekovelte, roztwór do wstrzykiwań, 12 µg/0,36 ml	1 wstrzykiwacz 0,36 ml + 3 igły	05909991343019	2020-03-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	324,00	358,14	232,55	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli		ryczałt	128,79
1575	Folitropinum delta	Rekovelte, roztwór do wstrzykiwań, 72 µg/2,16 ml	1 wstrzykiwacz 2,16 ml + 9 igieł	05909991343033	2020-03-01	2 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1944,00	2086,03	1395,30	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli		ryczałt	693,93

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1576	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 150 j.m./0,25 ml	1 wstrzykiwacz po 0,25 ml	05997001308486	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	151,01	174,31	155,04	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	22,47

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1577	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 225 j.m./0,375 ml	1 wstrzykiwacz po 0,375 ml	05997001308493	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	226,50	255,77	232,55	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	26,42

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1578	Follitropinum alfa	Bemfola, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wstrzykiwacz po 0,5 ml	05997001308509	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	301,98	336,84	310,06	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	29,98

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1579	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego, 300 j.m. (IU)/0,5 ml (22 µg/0,5 ml)	1 wstrzykiwacz	05909990007257	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	321,84	357,69	310,06	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	50,83

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1580	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 75 j.m. (IU) (5,5 µg)	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp.	05909990697304	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	80,46	96,24	77,51	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	21,93

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1581	Follitropinum alfa	Gonal-f, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie do wstrzykiwacza półautomatycznego, 900 j.m. (IU)/1,5 ml (66 µg/1,5 ml)	1 wstrzykiwacz	05909990007240	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	965,52	1048,07	930,20	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	121,07



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1582	Follitropinum alfa	Ovalep, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m./0,5 ml	1 wkład 0,5ml + 10 igieł iniekcyjnych	05909991088125	2019-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	287,28	321,40	310,06	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	14,54

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1583	Follitropinum alfa	Ovaleap, roztwór do wstrzykiwań, 900 j.m./1,5 ml	1 wkład 1,5ml + 20 igieł iniekcyjnych	05909991088149	2019-09-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	868,32	946,01	930,20	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH, FSH w skojarzeniu z hormonem luteinizującym LH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	19,01

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1584	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 300 j.m.	1 wkł.	05909990339754	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	276,48	310,06	310,06	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli		ryczałt	3,20
1585	Follitropinum beta	Puregon, roztwór do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 wkł.	05909990339761	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	552,96	607,63	607,63	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1586	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990792924	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	47,95	59,90	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,86
1587	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	180 szt.	07613421020934	2021-11-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	137,70	160,66	160,66	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1588	Formoteroli fumaras	Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt. (6 blist, po 10 szt.) + inh.	05909991109523	2019-05-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	47,52	59,45	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,41
1589	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 kaps.	05909990937981	2019-11-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,11	114,47	114,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1590	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990975914	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	48,38	60,35	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,31
1591	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. po 120 daw.	05909990620777	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	97,06	115,46	114,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,39
1592	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	47,52	59,45	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	5,41
1593	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op. ochr.)	05909990337446	2021-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	97,09	115,49	114,47	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	7,42
1594	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4.5 µg/dawkę	1 inh. po 60 daw.	05909990445219	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	31,81	39,68	28,62	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	14,26
1595	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh. po 60 daw.	05909990445318	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	41,90	53,55	53,55	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	3,20
1596	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 kaps.	05909990849000	2019-05-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	48,54	60,52	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,48
1597	Formoterolum	Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909991086602	2019-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	95,04	113,34	113,34	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1598	Formoterolum	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt (2 but.po 60 szt.)	05909991218287	2019-03-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,08	114,43	114,43	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1599	Formoterolum	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt (3 but.po 60 szt.)	05909991218294	2019-03-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	144,14	167,42	167,42	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
1600	Formoterolum	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 szt.	05909990996681	2019-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,11	114,47	114,47	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,40
1601	Furaginum/Furazidinum	Furazek, tabletki, 100 mg	30 tabl.	05909991304102	2017-05-01	5 lat	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	7,24	10,38	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,20
1602	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215	2022-01-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,62	5,32	5,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,73
1603	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238	2021-11-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	7,23	10,37	10,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,19
1604	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235	2022-01-01	3 lata	108.0, Chemioterapeutyki do stosowania doustnego - pochodne nitrofuranowe	3,62	5,32	5,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,73
1605	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	4,40	6,46	6,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,22
1606	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	37.0, Leki moczopędne - pętlowe	4,38	6,44	6,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objawowe przerzuty w ośrodkowym układzie nerwowym - profilaktyka i leczenie wspomagające	ryczałt	3,20
1607	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	11,88	16,69	16,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,42
1608	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	35,64	46,00	46,00	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1609	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	47,52	59,84	59,84	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1610	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	15,66	20,66	16,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	7,39
1611	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	35,10	45,44	45,44	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1612	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	38,88	49,40	49,40	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1613	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	53,24	65,84	65,84	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,20
1614	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909990338542	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	82,08	98,76	98,76	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	3,56
1615	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909990338658	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	112,32	131,88	131,73	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	4,89
1616	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	17,01	22,08	16,47	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	8,81
1617	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	50,65	61,76	49,40	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	15,56
1618	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	66,74	80,02	65,87	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	17,35
1619	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909991017422	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	97,96	115,44	98,80	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	20,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1620	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909991017521	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	165.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - gabapentyna	113,72	133,34	131,73	Padaczka oporna na leczenie	ból inny niż określony w ChPL - leczenie wspomagające u chorych na nowotwory	ryczałt	6,35
1621	Ganirelixum	Orgalutran, roztwór do wstrzykiwań, 0,25 mg	1 amp.-strz.	05909990880911	2021-07-01	3 lata	78.1, Hormony przysadki i podwzgórza – antygonadotropiny uwalniające hormony	105,30	123,57	103,04	Zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli		50%	72,05
1622	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990092413	2022-01-01	3 lata	208.0, Antybiotyki aminoglikozydowe do stosowania do oczu	5,94	8,61	8,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,31
1623	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155	2020-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,64	11,44	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,41
1624	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162	2020-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,64	11,44	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,41
1625	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,59	10,68	5,49	Cukrzyca		ryczałt	8,39
1626	Gliclazidum	Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023	2019-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,64	11,44	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,41
1627	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	20,79	24,20	8,23	Cukrzyca		ryczałt	19,17
1628	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	13,23	16,26	8,23	Cukrzyca		ryczałt	11,23
1629	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,99	14,96	8,23	Cukrzyca		ryczałt	9,93
1630	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,98	22,19	12,35	Cukrzyca		ryczałt	14,64
1631	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100	2021-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	11,88	14,84	8,23	Cukrzyca		ryczałt	9,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1632	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131	2021-07-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	23,76	28,94	16,46	Cukrzyca		ryczałt	18,88
1633	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 tabl.	05909991267230	2017-05-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	19,39	23,67	12,35	Cukrzyca		ryczałt	16,12
1634	Gliclazidum	Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 tabl.	05909991004002	2018-01-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,57	12,42	8,23	Cukrzyca		ryczałt	7,39
1635	Gliclazidum	Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	90 tabl.	05909991004026	2018-01-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,82	22,02	12,35	Cukrzyca		ryczałt	14,47
1636	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991256548	2021-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,07	11,88	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,85
1637	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991263171	2021-09-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	18,14	23,04	16,46	Cukrzyca		ryczałt	12,98
1638	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991226299	2017-09-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	12,92	15,93	8,23	Cukrzyca		ryczałt	10,90
1639	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	05909991226305	2017-09-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	25,84	31,12	16,46	Cukrzyca		ryczałt	21,06
1640	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267186	2021-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,91	11,73	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,70
1641	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991267193	2021-11-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	17,82	22,70	16,46	Cukrzyca		ryczałt	12,64
1642	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648	2019-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	8,75	11,56	8,23	Cukrzyca		ryczałt	6,53
1643	Gliclazidum	Symazide MR 60, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991257392	2018-05-01	5 lat	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonylomocznika	9,57	12,42	8,23	Cukrzyca		ryczałt	7,39



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1644	Gliclazidum	Symazide MR 60, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408	2019-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	17,50	22,37	16,46	Cukrzyca		ryczałt	12,31
1645	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	4,46	5,93	4,12	Cukrzyca		ryczałt	5,01
1646	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	7,78	10,53	8,23	Cukrzyca		ryczałt	5,50
1647	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	12,74	16,69	12,35	Cukrzyca		ryczałt	9,14
1648	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	11,88	16,46	16,46	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1649	Glimepiridum	Diaril, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990566082	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	3,83	5,27	4,12	Cukrzyca		ryczałt	4,35
1650	Glimepiridum	Diaril, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990566105	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	6,64	9,34	8,23	Cukrzyca		ryczałt	4,31
1651	Glimepiridum	Diaril, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990566129	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	9,47	13,25	12,35	Cukrzyca		ryczałt	5,70
1652	Glimepiridum	Diaril, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990566143	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	11,83	16,41	16,41	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1653	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	3,88	5,32	4,12	Cukrzyca		ryczałt	4,40
1654	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	7,85	10,61	8,23	Cukrzyca		ryczałt	5,58
1655	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	11,55	15,44	12,35	Cukrzyca		ryczałt	7,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1656	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	13,81	18,49	16,46	Cukrzyca		ryczałt	8,43
1657	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337453	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	2,97	4,37	4,12	Cukrzyca		ryczałt	3,45
1658	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337521	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	5,94	8,61	8,23	Cukrzyca		ryczałt	3,58
1659	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338078	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	8,91	12,67	12,35	Cukrzyca		ryczałt	5,12
1660	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338146	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	11,83	16,41	16,41	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1661	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338207	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	18,04	24,18	24,18	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1662	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991365790	2020-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	5,64	8,29	8,23	Cukrzyca		ryczałt	3,26
1663	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991365868	2020-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	8,46	12,19	12,19	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1664	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991365936	2020-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	11,28	15,83	15,83	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1665	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991075378	2019-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	2,16	3,52	3,52	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1666	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991075590	2019-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	5,08	7,71	7,71	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1667	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991075798	2019-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	6,48	10,11	10,11	Cukrzyca		ryczałt	4,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1668	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991075996	2019-05-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	10,15	14,65	14,65	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1669	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085903	2019-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	3,11	4,52	4,12	Cukrzyca		ryczałt	3,60
1670	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085927	2019-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	5,68	8,33	8,23	Cukrzyca		ryczałt	3,30
1671	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085934	2019-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	8,55	12,28	12,28	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1672	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085941	2019-03-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	11,53	16,10	16,10	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1673	Glimepiridum	Synglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	2,72	4,11	4,11	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1674	Glimepiridum	Synglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	5,57	8,22	8,22	Cukrzyca		ryczałt	3,20
1675	Glimepiridum	Synglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	7,68	11,37	11,37	Cukrzyca		ryczałt	4,80
1676	Glimepiridum	Synglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	10,80	15,33	15,33	Cukrzyca		ryczałt	6,40
1677	Glimepiridum	Synglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	17,81	23,93	23,93	Cukrzyca		ryczałt	9,60
1678	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712	2022-01-01	3 lata	16.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - pochodne sulfonilomocznika	9,72	11,46	4,12	Cukrzyca		ryczałt	10,54
1679	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fioł.	05909990693313	2022-01-01	3 lata	85.0, Hormony trzustki - glukagon	51,79	64,32	64,32	Cukrzyca		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1680	Glyceroli trinitras	Nitromint, aerozol podjęzykowy, roztwór, 0,4 mg/dawkę	11 g (200 daw.)	05909990156825	2022-01-01	3 lata	33.2, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - produkty o natychmiastowym działaniu	12,79	17,63	17,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
1681	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036	2022-01-01	3 lata	33.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - trójazotan glicerolu - do podawania doustnego	5,72	8,30	8,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,16
1682	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30 kaps. + 1 inhalator	05909991000882	2021-09-01	1 rok	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	102,60	120,71	102,56	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	48,92
1683	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 szt.	05909991256210	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	477,36	525,64	525,60	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	9,00
1684	Goserelinum	Reseligo, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 szt.	05909991256197	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	151,20	175,20	175,20	Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	3,20
1685	Goserelinum	Xanderla, implant w amp.-strz., 3,6 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335564	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	151,20	175,20	175,20	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty; <2>Zahamowanie czynności przysadki u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, w przygotowaniu do kontrolowanej hiperstymulacji jajników – refundacja do 3 cykli	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	3,20
1686	Goserelinum	Xanderla LA, implant w amp.-strz., 10,8 mg	1 amp.-strzyk.	05909991335595	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	453,60	500,69	500,69	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	8,96
1687	Goserelinum	Zoladex, implant podskórny, 3,6 mg	1 amp.-strz.	05909990082315	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	208,98	235,87	175,20	Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy; Nowotwory złośliwe - Rak prostaty;	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	63,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1688	Gosereelinum	Zoladex LA, implant podskórny, 10,8 mg	1 amp.-strz.	05909990783212	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	657,58	714,86	525,60	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	198,22
1689	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.3, Leki przeciwpyszotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	27,43	35,62	35,62	x	choroba Huntingtona	30%	10,69
1690	Haloperidoli decanoas	Decaldol, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990077311	2021-07-01	3 lata	177.3, Leki przeciwpyszotyczne - haloperydol do podawania pozajelitowego	27,43	35,62	35,62	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1691	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2022-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpyszotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,08	4,52	4,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,36
1692	Haloperidolum	Haloperidol UNIA, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but. po 10 ml	05909990239412	2022-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpyszotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	3,08	4,52	4,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1693	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.2, Leki przeciwpyszotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,16	5,52	3,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	2,83
1694	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 1 mg	40 tabl. (2 blist.po 20 szt.)	05909990104017	2022-01-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpyszotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,16	5,52	3,85	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,67
1695	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.2, Leki przeciwpyszotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	14,42	14,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	4,33
1696	Haloperidolum	Haloperidol WZF, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990722617	2022-01-01	3 lata	177.2, Leki przeciwpyszotyczne - haloperydol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	14,42	14,42	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
1697	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	177.1, Leki przeciwpyszotyczne - haloperydol do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	4,31	5,82	4,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroba Huntingtona	30%	2,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1698	Haloperidolum	Haloperidol WZF 0,2%, krople doustne, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969319	2022-01-01	3 lata	177.1, Leki przeciwpowrotne - haloperidol do podawania doustnego - płynne postaci farmaceutyczne	4,31	5,82	4,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,30
1699	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140	2019-11-01	3 lata	82.7, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - hydrokortyzon	13,28	18,23	18,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,47
1700	Hydrocortizoni acetatas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	55.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o słabej i średniej sile działania	4,81	7,07	7,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	powikłania skórne u chorych na nowotwory - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	3,54
1701	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 szt. (1 but.po 250 ml)	05909990836758	2019-03-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	64,58	79,09	79,09	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
1702	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2022-01-01	3 lata	126.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne - hydroksymocznik	86,12	101,71	79,09	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	22,62
1703	Ibuprofenum	Ibuprofen Hasco, kaps. miękkie, 200 mg	60 szt.	05909990853540	2019-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postaci farmaceutyczne	5,17	6,85	4,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,55
1704	Ibuprofenum	Ibuprofen Polfarmex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990830732	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postaci farmaceutyczne	5,17	6,85	4,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,55
1705	Icatibantum	Firazyry, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 amp.-strz.po 3 ml	05909990740635	<1>2020-09-01/<2>2021-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	241.2, Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym - ikatybant	5085,48	5435,00	5435,00	<1>Leczenie ostrych zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u chorych dorosłych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1; <2>Leczenie ostrych, zagrażających życiu napadów obrzęku naczynioruchowego u dzieci od 2 roku życia, chorych na dziedziczny obrzęk naczynioruchowy wywołany niedoborem inhibitora esterazy C1		ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1706	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921	2021-03-01	2 lata 6 miesięcy	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	149,69	173,53	173,53	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	52,06
1707	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,37	8,77	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,62
1708	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621	2020-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	12,07	16,28	14,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,98
1709	Indapamidum	Indapamide SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990644933	2020-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,48	6,78	6,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,03
1710	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990799398	2021-03-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,75	7,07	7,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,12
1711	Indapamidum	Indapen, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,47	9,05	8,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,32
1712	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,04	8,42	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,27
1713	Indapamidum	Indapres, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,48	9,94	9,94	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,98
1714	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014	2021-09-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	5,03	7,36	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,21
1715	Indapamidum	Indix SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 tabl.	05908289660401	2017-09-01	5 lat	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	15,12	20,55	20,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,17
1716	Indapamidum	Ipres long 1,5, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990012688	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,38	8,78	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,63
1717	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990770182	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	6,10	8,50	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,35
1718	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990424801	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,87	7,19	7,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,16
1719	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909990424849	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	9,74	13,84	13,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,15
1720	Indapamidum	Symapamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990734993	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	4,83	7,15	7,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1721	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212	2022-01-01	3 lata	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	10,14	12,73	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,58
1722	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+10 mg	30 szt.	05909991092566	2021-11-01	1 rok 10 miesięcy	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	12,61	15,32	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,17
1723	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+5 mg	30 szt.	05909991092597	2021-11-01	1 rok 10 miesięcy	36.0, Leki moczopędne - tiazydowe i sulfonamidowe	11,53	14,19	7,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,04
1724	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner 1500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fioł.z proszkiem + 1 fioł.z wodą do wstrzykiwań po 3 ml	05909991213053	2020-11-01	3 lata	241.1. Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	6606,36	7051,89	7051,89	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	3,20
1725	Inhibitor C1-esterazy, ludzki	Beriner 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fioł. z prosz. + 1 fioł. z rozp. + 1 zestaw do podawania	05909990713639	2021-03-01	3 lata	241.1. Leki stosowane w dziedzicznym obrzęku naczynioruchowym – ludzki inhibitor C1-esterazy	2202,12	2369,63	2350,41	Przerywanie ostrego, zagrażającego życiu ataku wrodzonego obrzęku naczynioruchowego, obejmującego gardło, krtań lub jamę brzuszną; Przedzabiegowe zapobieganie stanom ostrym wrodzonego obrzęku naczynioruchowego (zabiegi stomatologiczne, zabiegi na twarzoczaszce, zabiegi chirurgiczne, zabiegi diagnostyczne z użyciem instrumentów, poród)		ryczałt	22,42
1726	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fioł. a 10 ml	05909991378059	2020-03-01	2 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	66,99	80,39	63,92	Cukrzyca typu I		ryczałt	19,67
1727	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298	2020-03-01	2 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	111,13	129,35	95,88	Cukrzyca typu I		ryczałt	37,47
1728	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	05909991429171	2021-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	173,26	198,58	191,76	Cukrzyca		ryczałt	14,82
1729	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	114,48	132,86	95,88	Cukrzyca		ryczałt	40,98
1730	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	114,48	132,86	95,88	Cukrzyca		ryczałt	40,98
1731	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fioł.po 10 ml	05909991369668	2020-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	66,42	79,79	63,92	Cukrzyca		ryczałt	19,07
1732	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich	111,13	129,35	95,88	Cukrzyca		ryczałt	37,47



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1733	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie , 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909991107833	<1>2021-05-01/<2>2021-09-01	<1>1 rok 8 miesięcy/<2>1 rok 4 miesiące	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	181,44	206,17	152,97	<1>Cukrzyca typu I u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO); <2>Cukrzyca typu I u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży. Cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	99,09
1734	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu , 200 j/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml (FlexTouch)	05909991107864	<1>2021-05-01/<2>2021-09-01	<1>1 rok 8 miesięcy/<2>1 rok 4 miesiące	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	217,73	245,42	183,56	<1>Cukrzyca typu I u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO); <2>Cukrzyca typu I u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży. Cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca u dzieci powyżej 1. roku życia i młodzieży o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	116,93

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1735	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562	2022-01-01	2 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	149,85	173,01	152,97	Cukrzyca typu 1 u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 2 lat i powyżej; Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq 8\%$ oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	65,93
1736	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741	<1>2019-07-01/<2>2020-11-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	186,30	211,28	152,97	<1>Cukrzyca typu 1 u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 2 lat i powyżej; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq 8\%$ oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	104,20
1737	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982	2020-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	272,65	305,94	305,94	Cukrzyca typu 1 u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq 8\%$ oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	91,78
1738	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkładów po 3 ml	05909990895717	<1>2019-07-01/<2>2020-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	171,72	195,97	152,97	<1>Cukrzyca typu 1 u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c $\geq 8\%$ oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	88,89

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1739	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555	<1>2019-07-01/<2>2020-09-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	171,72	195,97	152,97	<1>Cukrzyca typu 1 u dorosłych, młodzieży i dzieci od 6 roku życia; <2>Cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca typu 1 u dzieci w wieku od 2 do 6 lat oraz cukrzyca o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	88,89
1740	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538	2020-01-01	3 lata	14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insuliny	481,14	528,44	458,91	Cukrzyca typu 1 u dorosłych; Cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z HbA1c ≥8% oraz cukrzyca typu 2 u dorosłych pacjentów leczonych insuliną NPH od co najmniej 6 miesięcy i z udokumentowanymi nawracającymi epizodami ciężkiej lub nocnej hipoglikemii oraz cukrzyca u dorosłych o znanej przyczynie (zgodnie z definicją wg WHO)		30%	207,20
1741	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483	2019-05-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	72,00	85,65	63,92	Cukrzyca		ryczałt	24,93
1742	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575	2019-05-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	108,00	126,06	95,88	Cukrzyca		ryczałt	34,18
1743	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	108,00	126,06	95,88	Cukrzyca		ryczałt	34,18
1744	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	78,47	95,05	95,05	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1745	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958566	2021-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	158,54	183,13	183,13	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1746	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	82,16	98,93	95,88	Cukrzyca		ryczałt	7,05
1747	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958573	2021-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	158,54	183,13	183,13	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1748	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	82,16	98,93	95,88	Cukrzyca		ryczałt	7,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1749	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958580	2021-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	158,54	183,13	183,13	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1750	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	85,57	102,51	95,88	Cukrzyca		ryczałt	10,63
1751	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958597	2021-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	158,54	183,13	183,13	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1752	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	85,57	102,51	95,88	Cukrzyca		ryczałt	10,63
1753	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958603	2021-09-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	158,54	183,13	183,13	Cukrzyca		ryczałt	8,00
1754	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	85,57	102,51	95,88	Cukrzyca		ryczałt	10,63
1755	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	82,26	99,03	95,88	Cukrzyca		ryczałt	7,15
1756	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	82,26	99,03	95,88	Cukrzyca		ryczałt	7,15
1757	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	82,26	99,03	95,88	Cukrzyca		ryczałt	7,15
1758	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	78,47	95,05	95,05	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1759	Insulinum humanum	Insuman Basal SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672448	2019-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	80,46	97,14	95,88	Cukrzyca		ryczałt	5,26
1760	Insulinum humanum	Insuman Comb 25 SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672585	2019-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	80,46	97,14	95,88	Cukrzyca		ryczałt	5,26
1761	Insulinum humanum	Insuman Rapid SoloStar 100 j.m./ml roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672363	2019-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	80,46	97,14	95,88	Cukrzyca		ryczałt	5,26
1762	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	78,47	95,05	95,05	Cukrzyca		ryczałt	4,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1763	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	78,47	95,05	95,05	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1764	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1765	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1766	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1767	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1768	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1769	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	79,27	95,88	95,88	Cukrzyca		ryczałt	4,00
1770	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	114,70	133,10	95,88	Cukrzyca		ryczałt	41,22
1771	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	115,35	133,78	95,88	Cukrzyca		ryczałt	41,90
1772	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614	2022-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	115,35	133,78	95,88	Cukrzyca		ryczałt	41,90
1773	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553	2020-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	173,03	198,34	191,76	Cukrzyca		ryczałt	14,58
1774	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fioł. a 10 ml	05909990005482	2019-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	57,67	70,59	63,92	Cukrzyca		ryczałt	9,87
1775	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536	2021-01-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	170,00	195,16	191,76	Cukrzyca		ryczałt	11,40
1776	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123	2021-03-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	84,24	101,11	95,88	Cukrzyca		ryczałt	9,23
1777	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165	2019-11-01	3 lata	14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insuliny ludzkich	170,00	195,16	191,76	Cukrzyca		ryczałt	11,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1778	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	14,13	19,31	19,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo-płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,57
1779	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	11,55	14,85	9,65	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo-płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	8,40
1780	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	201.1, Wziewne leki antycholinergiczne o krótkim działaniu - produkty jednoskładnikowe i złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o krótkim działaniu	14,12	19,30	19,30	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli	mukowiscydoza; dysplazja oskrzelowo-płucna; dyskineza rzęsek	ryczałt	3,56
1781	Irbesartanum	Irbesartan Aurovitas, tabl., 150 mg	28 szt.	05909991334178	2019-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,09	12,11	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,80
1782	Irbesartanum	Irbesartan Aurovitas, tabl., 300 mg	28 szt.	05909991334208	2019-11-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,19	23,36	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,75
1783	Irbesartanum	Iprestan, tabl. powl., 150 mg	28 szt.	05909990747085	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,31	16,55	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,24
1784	Irbesartanum	Iprestan, tabl. powl., 300 mg	28 szt.	05909990747122	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,61	32,19	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,58
1785	Irbesartanum	Iprestan, tabl. powl., 75 mg	28 szt.	05909990747054	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,65	8,36	4,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,20
1786	Isosorbidi mononitras	Effox long 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990368624	2017-09-01	5 lat	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,26	11,76	11,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,41

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1787	Isosorbidi mononitras	Effox long 75, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990452118	2017-09-01	5 lat	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,31	17,02	17,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,00
1788	Isosorbidi mononitras	Mononit 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990010516	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,96	5,54	4,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,20
1789	Isosorbidi mononitras	Mononit 100 retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909991011727	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,42	22,19	22,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,00
1790	Isosorbidi mononitras	Mononit 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990010622	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,32	10,26	9,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,38
1791	Isosorbidi mononitras	Mononit 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990010714	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,75	9,65	9,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,77
1792	Isosorbidi mononitras	Mononit 60 retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991011529	2022-01-01	3 lata	34.1, Leki rozszerzające naczynia krwionośne - organiczne azotany - dwuazotan i monoazotan izosorbidu do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,42	15,56	13,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,74
1793	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	28 szt.	05909990858262	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	63,66	77,01	70,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	41,91
1794	Itraconazolum	Itrax, kaps. twarde, 100 mg	4 szt.	05909990858255	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	9,09	12,47	10,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	7,46

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1795	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909990004331	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	45,90	58,37	58,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	29,19
1796	Itraconazolum	Orungal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909990004317	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	8,64	12,00	10,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	6,99
1797	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	28 szt.	05909991053826	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	69,65	83,30	70,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	48,20
1798	Itraconazolum	Trioxal, kaps., 100 mg	4 szt.	05909991053819	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	110.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania doustnego - pochodne triazolu - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	14,26	10,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia grzybicze u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka	50%	9,25
1799	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991452278	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	58,30	72,62	72,62	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1800	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991427764	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	58,32	72,63	72,63	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1801	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991286613	2021-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	69,12	83,97	76,60	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	10,57



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1802	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991351274	2021-05-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	86,35	104,34	104,34	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1803	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991452285	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	86,35	104,34	104,34	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1804	Ivabradinum	Bixebra, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991427511	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	86,40	104,39	104,39	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1805	Ivabradinum	Bixebra, tabl., 7,5 mg	56 szt.	05909991286927	2021-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	103,68	122,53	114,89	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	10,84
1806	Ivabradinum	Ivab, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991387044	2020-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	68,00	82,79	76,60	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	9,39

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1807	Ivabradinum	Ivab, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991387051	2020-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	102,00	120,77	114,89	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	9,08
1808	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05901878600772	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	62,64	77,16	76,60	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,76
1809	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991264710	2020-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	69,33	84,19	76,60	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	10,79
1810	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05901878600789	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	93,96	112,33	112,33	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1811	Ivabradinum	Ivabradine Anpharm, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991264734	2020-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	105,61	124,56	114,89	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	12,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1812	Ivabradinum	Ivabradine Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991348762	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	65,71	80,39	76,60	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	6,99
1813	Ivabradinum	Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 5 mg	56 szt.	05909991326470	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	65,61	80,28	76,60	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	6,88
1814	Ivabradinum	Ivabradine Genoptim , tabletki powlekane, 7,5 mg	56 szt.	05909991326494	2021-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	98,43	117,02	114,89	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,33
1815	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991322779	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	62,64	77,16	76,60	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,76
1816	Ivabradinum	Ivabradine Mylan, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991322786	2021-01-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	93,96	112,33	112,33	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1817	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991298586	2020-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	59,40	73,76	73,76	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1818	Ivabradinum	Ivabradine Zentiva, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991298654	2020-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	89,10	107,23	107,23	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,20
1819	Ivabradinum	Ivares, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991313425	2019-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	65,72	80,40	76,60	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	7,00
1820	Ivabradinum	Ivares, tabl. powł., 7,5 mg	56 szt.	05909991313555	2019-11-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	102,00	120,77	114,89	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	9,08
1821	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991329822	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	131,24	153,19	153,19	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	3,98

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1822	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991329785	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	65,62	80,29	76,60	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	6,89
1823	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7.5 mg	112 szt.	05909991329891	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	196,86	224,37	224,37	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,97
1824	Ivabradinum	Ivohart, tabl. powł., 7.5 mg	56 szt.	05909991329853	2021-07-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	98,43	117,02	114,89	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,33
1825	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991307349	2020-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	65,62	80,29	76,60	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	6,89
1826	Ivabradinum	Raenom, tabl. powł., 7.5 mg	56 szt.	05909991307370	2020-09-01	3 lata	31.1, Inne leki kardiologiczne – iwabradyna	98,56	117,16	114,89	Przewlekła niewydolność serca w klasach NYHA II – NYHA IV, z zaburzeniami czynności skurczowej, u pacjentów z potwierdzonym w badaniu EKG rytmem zatokowym i częstością akcji serca $\geq 75$ uderzeń na minutę, w skojarzeniu z leczeniem standardowym, w tym z beta-adrenolitykiem lub gdy leczenie beta-adrenolitykiem jest przeciwwskazane albo nie jest tolerowane		ryczałt	5,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1827	Kalii chloridum	Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	60 szt.	05909990257539	2022-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	5,69	8,26	8,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
1828	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervescens bezcukrowy, granul. musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310	2022-01-01	3 lata	20.0, Produkty do doustnej suplementacji potasu	19,33	21,89	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,03
1829	Kalii citras + Natrii citras + Acidum citricum	Citrolyt, granul. do sporządzania roztworu doustnego, 46,4+39,1+14,5 g/100 g	220 g	05909990210817	2022-01-01	3 lata	74.0, Leki urologiczne zmieniające pH moczu - cytryniany do sporządzania roztworu doustnego	42,79	53,92	53,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,18
1830	Ketoprofenum	Bi-Profenid, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990412112	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,49	12,59	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	8,09
1831	Ketoprofenum	Febrofen, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	20 szt.	05909990413317	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	13,92	17,96	12,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	11,96
1832	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	30 szt.	05909991436056	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,59	11,65	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	7,15
1833	Ketoprofenum	Ketokaps Med, kaps.miękkie, 100 mg	60 szt.	05904055005070	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	17,17	22,37	18,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	13,37
1834	Ketoprofenum	Ketonal Duo, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909990064694	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,63	21,09	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	14,34

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1835	Ketoprofenum	Ketonal forte, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990046485	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,34	14,54	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	10,04
1836	Ketoprofenum	Ketoprofen-SF, kaps. twarde, 100 mg	20 szt.	05909990794553	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,75	7,94	6,00	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	4,94
1837	Ketoprofenum	Profenid, czopki, 100 mg	10 szt.	05909990098514	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego	7,94	10,88	9,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	6,30
1838	Ketoprofenum	Profenid, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990760718	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,64	11,70	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	7,20
1839	Ketoprofenum	Refastin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990675593	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,99	14,18	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ból w przebiegu chorób nowotworowych - w przypadkach innych niż określone w ChPL	50%	9,68
1840	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991134907	2021-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,26	7,52	3,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,27
1841	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	56 szt.	05907695215205	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,47	15,00	6,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,49
1842	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991134938	2021-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,53	15,08	6,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,57
1843	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05907695215212	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	24,95	29,57	12,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,55
1844	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991134969	2021-07-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	18,79	22,38	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,62

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1845	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	56 szt.	05907695215229	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	37,42	43,66	19,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,14
1846	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990650521	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,26	7,52	3,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,27
1847	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909990650620	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,53	15,08	6,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,57
1848	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909990625697	2022-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	18,81	22,40	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,64
1849	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 4 mg	28 tabl.	05909991105563	2019-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,10	14,62	6,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,11
1850	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 6 mg	28 tabl.	05909991105549	2019-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	18,14	21,70	9,66	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,94
1851	Lacosamidum	Arkvimma, tabletki powlekane, 100 mg	56 tabl.	05909991362584	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	66,53	81,50	81,50	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1852	Lacosamidum	Arkvimma, tabletki powlekane, 150 mg	56 tabl.	05909991362621	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	99,79	118,63	118,63	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1853	Lacosamidum	Arkvimma, tabletki powlekane, 200 mg	56 tabl.	05909991365677	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	133,06	155,34	155,34	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1854	Lacosamidum	Arkvimma, tabletki powlekane, 50 mg	14 tabl.	05909991362522	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,42	12,02	12,02	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1855	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 100 mg	56 tabl. w blistrze	05055565743331	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	70,16	85,30	85,30	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1856	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 150 mg	56 tabl. w blisterze	05055565743348	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	105,24	124,34	124,34	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1857	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 200 mg	56 tabl. w blisterze	05055565743355	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	140,30	162,95	162,95	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1858	Lacosamidum	Lacosamide Accord, tabletki powlekane, 50 mg	14 tabl. w blisterze	05055565743324	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,77	12,38	12,08	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,50
1859	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05902020241591	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	68,55	83,61	83,61	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1860	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05902020241607	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	102,82	121,81	121,81	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1861	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05902020241614	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	137,08	159,56	159,56	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1862	Lacosamidum	Lacosamide Glenmark, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05902020241584	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,56	12,16	12,08	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,28
1863	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991358358	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	67,91	82,94	82,94	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1864	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991358365	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	101,87	120,81	120,81	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1865	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991358372	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	135,82	158,24	158,24	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1866	Lacosamidum	Lacosamide Teva, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991358341	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,49	12,08	12,08	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1867	Lacosamidum	Seizpat, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991376017	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	79,67	79,67	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1868	Lacosamidum	Seizpat, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991376055	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	97,20	115,91	115,91	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1869	Lacosamidum	Seizpat, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991376093	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	129,60	151,71	151,71	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1870	Lacosamidum	Seizpat, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991375966	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,10	11,68	11,68	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1871	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 100 mg	56 tabl.	05909991384234	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	64,37	79,22	79,22	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1872	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 150 mg	56 tabl.	05909991384241	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	96,55	115,23	115,23	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1873	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 200 mg	56 tabl.	05909991384258	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakoamid - stałe postacie farmaceutyczne	128,74	150,81	150,81	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1874	Lacosamidum	Trelema, tabl. powł., 50 mg	14 tabl.	05909991384197	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,05	11,62	11,62	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1875	Lacosamidum	Vimpat, syrop, 10 mg/ml	200 ml (but.)	05909990935505	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	244.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - płynne postacie farmaceutyczne	108,00	127,57	127,57	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do leczenia w formie stałych doustnych postaci farmaceutycznych	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do leczenia w formie stałych doustnych postaci farmaceutycznych	ryczałt	3,20
1876	Lacosamidum	Zilibra, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05909991368371	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	67,89	82,91	82,91	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1877	Lacosamidum	Zilibra, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05909991368401	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	101,84	120,78	120,78	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1878	Lacosamidum	Zilibra, tabl. powł., 200 mg	56 szt.	05909991368432	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	135,79	158,21	158,21	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,98
1879	Lacosamidum	Zilibra, tabl. powł., 50 mg	14 szt.	05909991368333	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lakozamid - stałe postacie farmaceutyczne	8,48	12,07	12,07	Terapia dodana u chorych powyżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej dwóch prób terapii dodanej	terapia dodana u chorych poniżej 16 roku życia z padaczką ogniskową z brakiem kontroli napadów lub nietolerancją leczenia po zastosowaniu co najmniej trzech prób terapii dodanej	ryczałt	3,20
1880	Lamotryginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766	<1>2022-01-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	18,36	24,81	24,81	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1881	Lamotryginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759	<1>2022-01-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	9,18	13,16	13,16	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1882	Lamotryginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480	2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	19,25	25,74	25,74	Padaczka; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1883	Lamotryginum	Lamilept, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990038701	2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	4,81	7,07	6,81	Padaczka; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,46
1884	Lamotryginum	Lamilept, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990038565	2020-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	9,62	13,62	13,62	Padaczka; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1885	Lamotryginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	24,02	30,75	27,24	<1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	6,71
1886	Lamotryginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postacie farmaceutyczne	48,06	59,00	54,48	<1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	7,72
1887	Lamotryginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319	2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	50,92	63,32	63,32	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1888	Lamotryginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210	2020-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - płynne postacie farmaceutyczne	12,97	17,79	15,83	Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	5,16

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1889	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617	<1>2022-01-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	21,06	27,64	27,24	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,60
1890	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092	2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	61,02	74,63	74,63	Padaczka oporna na leczenie; Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1891	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419	<1>2022-01-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	5,27	7,55	6,81	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,94
1892	Lamotryginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518	<1>2022-01-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	10,53	14,58	13,62	<1>Padaczka oporna na leczenie; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	4,16
1893	Lamotryginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	19,13	25,62	25,62	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1894	Lamotryginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991138349	<1>2019-11-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	4,77	7,03	6,81	<1>Choroba afektywna dwubiegunowa; <2>Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,42
1895	Lamotryginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	4,77	7,03	6,81	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerytami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1896	Lamotryginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	163.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lamotrygina - stałe postaci farmaceutyczne	9,56	13,56	13,56	Choroba afektywna dwubiegunowa; Padaczka	<1>stan po epizodzie padaczkowym indukowanym przerzutami w obrębie ośrodkowego układu nerwowego - postępowanie wspomagające; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
1897	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	6021,54	6430,15	6430,15	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	4,27
1898	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	6021,54	6430,15	6430,15	<2>Leczenie objawów hipersekcji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynych		ryczałt	4,27
1899	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	6021,54	6430,15	6430,15	<3>Leczenie guzów neuroendokrynych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami		bezpłatny do limitu	0,00
1900	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	4516,15	4829,73	4822,61	<1>Akromegalia	hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL	ryczałt	10,32
1901	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	4516,15	4829,73	4822,61	<2>Leczenie objawów hipersekcji występujących w przebiegu nowotworów neuroendokrynych		ryczałt	10,32
1902	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01	3 lata	79.0, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu	4516,15	4829,73	4822,61	<3>Leczenie guzów neuroendokrynych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych GEP-NET G1 i części G2 (index Ki67 do maksymalnie 10%) środkowej części prajelita, trzustki, po wykluczeniu ognisk pierwotnych w końcowej części prajelita, u dorosłych pacjentów z nieoperacyjnymi guzami miejscowo zaawansowanymi lub z przerzutami		bezpłatny do limitu	7,12

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1903	Lansoprazolum	Lanzul, kaps., 30 mg	28 szt.	05909990727032	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,04	18,13	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,50
1904	Lansoprazolum	Lanzul S, kaps., 15 mg	28 szt.	05909990869817	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,02	9,29	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,98
1905	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 15 mg	28 szt.	05909990064045	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,99	8,21	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,90
1906	Lansoprazolum	Zalanzo, kaps. dojel. twarde, 30 mg	28 szt.	05909990064076	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,99	15,98	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,35
1907	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479	2021-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,90	28,57	28,57	Jaskra		ryczałt	3,20
1908	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792	2021-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,48	78,22	78,22	Jaskra		ryczałt	8,00
1909	Latanoprostum	Latadrop, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909990807079	2020-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,75	31,56	31,56	Jaskra		ryczałt	3,20
1910	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990813582	2019-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,43	35,42	33,65	Jaskra		ryczałt	4,97

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1911	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873	2019-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,06	32,93	32,93	Jaskra		ryczałt	3,20
1912	Latanoprostum	Latanoprost STADA, krople do oczu, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990853007	2019-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,95	28,62	28,62	Jaskra		ryczałt	3,20
1913	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693	2021-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,37	40,38	40,38	Jaskra		ryczałt	3,20
1914	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709	2021-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	94,13	112,28	112,28	Jaskra		ryczałt	9,60
1915	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448	2019-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,89	36,95	33,65	Jaskra		ryczałt	6,50
1916	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298	2019-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	83,16	99,94	99,94	Jaskra		ryczałt	8,00
1917	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883	2019-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,92	42,01	40,38	Jaskra		ryczałt	4,83



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1918	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890	2019-07-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	100,43	118,89	118,89	Jaskra		ryczałt	9,60
1919	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524	2020-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,28	34,21	33,65	Jaskra		ryczałt	3,76
1920	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531	2020-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,84	95,40	95,40	Jaskra		ryczałt	8,00
1921	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909990411825	2020-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	78,84	95,40	95,40	Jaskra		ryczałt	8,00
1922	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	05909990411818	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,08	36,10	33,65	Jaskra		ryczałt	5,65
1923	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909990741311	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,39	40,63	33,65	Jaskra		ryczałt	10,18
1924	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673	2019-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	86,67	103,62	100,95	Jaskra		ryczałt	10,67

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1925	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365	2019-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,52	43,68	40,38	Jaskra		ryczałt	6,50
1926	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396	2019-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	103,56	122,19	121,14	Jaskra		ryczałt	10,65
1927	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249	2021-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,88	28,54	28,54	Jaskra		ryczałt	3,20
1928	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	05909991429256	2021-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	62,53	78,28	78,28	Jaskra		ryczałt	8,00
1929	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909990879687	2019-11-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,35	40,59	33,65	Jaskra		ryczałt	10,14
1930	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but. po 2,5 ml	05906414000948	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	68,03	84,05	84,05	Jaskra		ryczałt	8,00
1931	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649	2021-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,95	29,67	29,67	Jaskra		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1932	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587	2021-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,65	35,65	33,65	Jaskra		ryczałt	5,20
1933	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909991057213	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,74	38,90	33,65	Jaskra		ryczałt	8,45
1934	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05415062343609	2020-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	67,33	83,32	83,32	Jaskra		ryczałt	8,00
1935	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543	2019-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,40	40,64	33,65	Jaskra		ryczałt	10,19
1936	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630	2021-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	77,75	94,26	94,26	Jaskra		ryczałt	8,00
1937	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	50,76	62,89	60,50	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	5,59
1938	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05901878600482	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	89,60	107,67	107,67	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1939	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05903792743399	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	89,64	107,71	107,71	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1940	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt. (but.)	05909990977925	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	100,44	119,05	119,05	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1941	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 10 mg	30 szt.	05909991309138	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	42,12	53,82	53,82	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1942	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05909991309145	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	84,24	102,04	102,04	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1943	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	04037353010604	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	48,49	60,50	60,50	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1944	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	04037353015388	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	72,74	88,52	88,52	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1945	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	04037353010628	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	96,98	115,42	115,42	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1946	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990858651	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	96,98	115,42	115,42	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1947	Leflunomidum	Leflunomide Zentiva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991416683	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	41,58	53,25	53,25	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1948	Leflunomidum	Leflunomide Zentiva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991416720	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	136,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - leflunomid	83,16	100,91	100,91	Aktywna postać reumatoidalnego zapalenia stawów	młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów - postać wielostawowa po niepowodzeniu terapii lub w przypadku nietolerancji metotreksatu	ryczałt	3,20
1949	Letrozolum	Aromek, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991060718	<1>2022-01-01/<2>2019-11-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,05	55,37	55,37	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1950	Letrozolum	Clarzole, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990799923	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	48,82	60,38	55,37	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	5,01
1951	Letrozolum	Etruzil, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990710201	<1>2022-01-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	49,36	60,95	55,37	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	5,58
1952	Letrozolum	Lametta, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909991061111	<1>2022-01-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	44,06	55,38	55,37	<1>Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; <2>Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,01
1953	Letrozolum	Letrozole Bluefish, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990794683	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	43,20	54,48	54,48	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	0,00
1954	Letrozolum	Synletrol, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990956395	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	132,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inhibitory enzymów - doustne inhibitory aromatazy	47,30	58,79	55,37	Nowotwory złośliwe - Rak piersi w II rzucie hormonoterapii; Wczesny rak piersi w I rzucie hormonoterapii	hormonozależny i HER2-ujemny rak piersi w I rzucie hormonoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu (możliwe wcześniejsze stosowanie hormonoterapii uzupełniającej wczesnego raka piersi) w przypadkach innych niż w ChPL	bezpłatny do limitu	3,42
1955	Leuprorelinum	Eligard 22,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 22,5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075751	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	596,67	651,76	563,14	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	98,22
1956	Leuprorelinum	Eligard 45 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 45 mg	1 zest. (2 strz.napel.)	05909990634057	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	1128,72	1223,18	1126,29	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	116,09
1957	Leuprorelinum	Eligard 7,5 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 7,5 mg	1 zest. (tacki)	05909990075768	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	254,98	284,48	187,71	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	99,97
1958	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 3,6 mg	1 implant	05909990836246	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	190,08	216,33	187,71	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	31,82

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1959	Leuprorelinum	Leuprostin, implant, 5 mg	1 implant	05909990836277	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	517,21	568,33	563,14	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	14,79
1960	Leuprorelinum	Librexa, implant w amp.-strzyk., 11.25 mg	1 amp.-strzyk.	05906720536582	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	495,72	545,77	545,77	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	9,60
1961	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149	2021-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	59,40	73,03	72,23	Padaczka		ryczałt	4,00
1962	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	60,48	72,16	50,23	Padaczka		ryczałt	25,49
1963	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	19,46	12,56	Padaczka		ryczałt	10,10
1964	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	30,24	37,37	25,12	Padaczka		ryczałt	15,45
1965	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,36	54,81	37,67	Padaczka		ryczałt	20,34
1966	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755	2022-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	91,76	107,01	72,23	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	37,98
1967	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805	2020-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	46,36	57,34	50,23	Padaczka		ryczałt	10,67
1968	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379	2020-11-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	23,18	29,96	25,12	Padaczka		ryczałt	8,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1969	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 150 ml + strz.po 1 ml	05909991374518	2020-09-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postaci farmaceutyczne	29,16	37,74	36,12	Padaczka		ryczałt	4,82
1970	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501	2020-09-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postaci farmaceutyczne	58,32	71,90	71,90	Padaczka		ryczałt	3,20
1971	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postaci farmaceutyczne	79,19	95,81	95,81	Padaczka		ryczałt	7,11
1972	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postaci farmaceutyczne	39,59	50,23	50,23	Padaczka		ryczałt	3,56
1973	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522	2021-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postaci farmaceutyczne	19,77	26,38	25,12	Padaczka		ryczałt	4,46
1974	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postaci farmaceutyczne	9,89	13,96	12,56	Padaczka		ryczałt	4,60
1975	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postaci farmaceutyczne	39,59	50,23	50,23	Padaczka		ryczałt	3,56
1976	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postaci farmaceutyczne	19,80	26,41	25,12	Padaczka		ryczałt	4,49
1977	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676	2021-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postaci farmaceutyczne	59,36	73,06	73,06	Padaczka		ryczałt	5,33
1978	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652	2020-09-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postaci farmaceutyczne	29,68	38,34	37,67	Padaczka		ryczałt	3,87

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1979	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991361372	2020-09-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	58,16	71,73	71,73	Padaczka		ryczałt	3,20
1980	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	39,25	49,87	49,87	Padaczka		ryczałt	3,56
1981	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	9,81	13,88	12,56	Padaczka		ryczałt	4,52
1982	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	19,62	26,22	25,12	Padaczka		ryczałt	4,30
1983	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	29,43	38,08	37,67	Padaczka		ryczałt	3,61
1984	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml (but.)	05909990958672	2021-05-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	56,16	69,63	69,63	Padaczka		ryczałt	3,20
1985	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	102,51	120,30	100,46	Padaczka		ryczałt	26,95
1986	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	51,26	62,48	50,23	Padaczka		ryczałt	15,81
1987	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 250 mg	100 szt.	05909990958764	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	25,63	32,53	25,12	Padaczka		ryczałt	10,61
1988	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990958726	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	12,82	17,04	12,56	Padaczka		ryczałt	7,68



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1989	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	51,26	62,48	50,23	Padaczka		ryczałt	15,81
1990	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	25,63	32,53	25,12	Padaczka		ryczałt	10,61
1991	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	76,90	91,48	75,35	Padaczka		ryczałt	21,46
1992	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	38,45	47,55	37,67	Padaczka		ryczałt	13,08
1993	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302	2019-07-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,62	56,56	50,23	Padaczka		ryczałt	9,89
1994	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	11,88	16,05	12,56	Padaczka		ryczałt	6,69
1995	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	23,76	30,57	25,12	Padaczka		ryczałt	8,65
1996	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258	2019-05-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	35,64	44,60	37,67	Padaczka		ryczałt	10,13
1997	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909991032043	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	116,47	134,95	100,46	Padaczka		ryczałt	41,60
1998	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909991031992	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	58,23	69,80	50,23	Padaczka		ryczałt	23,13

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1999	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909991031497	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	14,56	18,87	12,56	Padaczka		ryczałt	9,51
2000	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909991031640	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	58,23	69,80	50,23	Padaczka		ryczałt	23,13
2001	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909991031602	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	29,12	36,19	25,12	Padaczka		ryczałt	14,27
2002	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909991031886	2020-01-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	43,14	52,48	37,67	Padaczka		ryczałt	18,01
2003	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem	05909990925841	2021-01-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	58,64	72,23	72,23	Padaczka		ryczałt	3,20
2004	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	108,00	126,06	100,46	Padaczka		ryczałt	32,71
2005	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,00	65,36	50,23	Padaczka		ryczałt	18,69
2006	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	17,76	12,56	Padaczka		ryczałt	8,40
2007	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	54,00	65,36	50,23	Padaczka		ryczałt	18,69
2008	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - lewetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	27,00	33,97	25,12	Padaczka		ryczałt	12,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2009	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	40,50	49,71	37,67	Padaczka		ryczałt	15,24
2010	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901	2020-11-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	59,40	73,03	72,23	Padaczka		ryczałt	4,00
2011	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895	2021-03-01	3 lata	166.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - płynne postacie farmaceutyczne	29,81	38,42	36,12	Padaczka		ryczałt	5,50
2012	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	60,48	72,16	50,23	Padaczka		ryczałt	25,49
2013	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	15,12	19,46	12,56	Padaczka		ryczałt	10,10
2014	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	30,24	37,37	25,12	Padaczka		ryczałt	15,45
2015	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151	2020-03-01	3 lata	166.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - levetiracetam - stałe postacie farmaceutyczne	45,36	54,81	37,67	Padaczka		ryczałt	20,34
2016	Levocetirizine	Zyx, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907695215014	2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,46	33,07	24,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	16,18
2017	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990656929	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	13,87	8,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,84

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2018	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990656936	2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,04	18,08	12,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,64
2019	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990656943	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,20	20,54	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	11,49
2020	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991462475	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,23	39,86	38,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,71
2021	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991449186	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,27	39,90	38,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,75
2022	Levocetirizini dihydrochloridum	Cezera, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991192600	2018-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	46,76	38,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	19,61
2023	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990904099	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	17,93	22,95	17,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,95
2024	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990904129	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	14,90	18,99	12,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	10,55
2025	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	0590641400726	2021-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,06	26,35	24,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,46

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2026	Levocetirizini dihydrochloridum	Contrahist, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05906414000733	2021-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,08	38,34	36,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	13,01
2027	Levocetirizini dihydrochloridum	Lecetax, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990997640	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,75	15,68	12,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	7,24
2028	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990790807	2021-05-01 - dla kolumny 12, <1>2021-05-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,77	13,60	12,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,16
2029	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05902020241133	2021-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,63	25,90	24,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,01
2030	Levocetirizini dihydrochloridum	Lirra, tabl. powł., 5 mg	84 szt.	05902020241140	2021-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,45	37,68	36,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,35
2031	Levocetirizini dihydrochloridum	Nossin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991060589	2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,82	13,65	12,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	5,21
2032	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991376550	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,63	21,57	17,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,57
2033	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909991358105	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	16,63	21,57	17,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	9,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2034	Levocetirizini dihydrochloridum	Xyzal 0,5 mg/ml roztwór doustny, roztwór doustny, 0,5 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990619627	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	19,38	24,46	17,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,46
2035	Levocetirizini dihydrochloridum	Zenaro, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781720	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,19	15,09	12,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	6,65
2036	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990765034	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-11-01/<2>2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,61	19,73	12,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	11,29
2037	Levocetirizini dihydrochloridum	Zyx, tabletki powlekane, 5 mg	84 tabletki	05907695215267	2017-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,06	38,32	36,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>atopowe zapalenie skóry; <2>alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczyńoruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 6 miesiąca życia	30%	12,99
2038	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	81,00	97,80	97,80	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
2039	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	42,44	53,31	48,90	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	7,61
2040	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	42,44	53,31	48,90	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	7,61

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2041	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	81,00	97,80	97,80	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
2042	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	21,22	27,97	24,45	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	6,72
2043	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	21,22	27,97	24,45	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	6,72
2044	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	42,44	53,31	48,90	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	7,61
2045	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	63,72	80,73	80,73	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	4,44
2046	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	38,88	49,57	48,90	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,87
2047	Levodopum + Carbidopum	Sinemet CR 200/50, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200+50 mg	100 szt.	05909990020416	2019-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	168,0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - leki doustne zawierające lewodopę z inhibitorem dekarboksylazy	78,24	94,89	94,89	Choroba i zespół Parkinsona	<1>dystonia wrażliwa na lewodopę inna niż w przebiegu choroby i zespołu Parkinsona; <2>niedobór hydroksylazy tyrozyny	ryczałt	3,56
2048	Levomepromazinum	Tisercin, tabl. powł., 25 mg	50 szt.	05909990193912	2022-01-01	3 lata	173.1, Leki przeciwpsychotyczne - lewomepromazyna do stosowania doustnego	8,07	11,51	11,51	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2049	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,31	14,50	14,50	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2050	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,15	7,54	7,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,66
2051	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,15	7,54	7,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,66
2052	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884	2021-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	2,57	3,78	3,72	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	3,26
2053	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,64	14,84	14,84	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2054	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,78	8,20	7,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,32
2055	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,02	8,64	8,33	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,29
2056	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	13,07	17,93	17,93	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,89
2057	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,45	9,30	9,30	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
2058	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,70	9,77	9,77	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,87
2059	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	14,04	19,49	19,49	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	10,67
2060	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,56	10,88	10,88	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,33
2061	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	8,96	12,75	12,75	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,22
2062	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,62	13,77	13,77	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,11
2063	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,74	8,16	3,72	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,64
2064	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,82	5,61	1,86	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,61



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2065	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	9,31	11,91	7,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	8,03
2066	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,18	6,52	3,72	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,00
2067	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	10,04	13,48	11,16	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	7,65
2068	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,69	7,59	5,58	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,21
2069	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,72	7,91	6,55	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,56
2070	Levothyroxinum natricum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,51	7,92	7,44	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,04
2071	Levothyroxinum natricum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307	2019-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	6,45	9,30	9,30	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,44
2072	Levothyroxinum natricum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	7,88	11,21	11,16	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	5,38
2073	Levothyroxinum natricum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014	2022-01-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	5,18	6,52	3,72	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	6,00
2074	Levothyroxinum natricum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260	2019-07-01	3 lata	83.0, Hormony tarczycy - lewotyroksyna do stosowania doustnego	4,97	6,84	5,58	Niedoczynność tarczycy		ryczałt	4,46
2075	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,29	9,28	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,20
2076	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337	2021-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	13,67	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,52
2077	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991365691	2021-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	13,72	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,57
2078	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,58	18,26	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,11

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2079	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg	30 tabl.	05909991266608	2017-09-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,02	14,52	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,37
2080	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,65	4,65	2,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,65
2081	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	11,84	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,76
2082	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabletki, 20 mg	28 szt.	05909991392697	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,18	12,43	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,55
2083	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,66	19,39	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,24
2084	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,48	7,62	2,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,62
2085	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,04	12,06	4,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,34
2086	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	19,57	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,69
2087	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,48	7,56	2,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,56
2088	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133122	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,34	9,23	4,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2089	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133023	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	16,97	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,09
2090	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991132927	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,67	4,60	2,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,60
2091	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,28	15,57	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,49
2092	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685	2019-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,25	24,22	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,07
2093	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520	2021-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	22,23	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	18,08
2094	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,53	14,80	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,72
2095	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,93	21,79	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,64
2096	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,85	20,48	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,60
2097	Lithii carbonas	Lithium Carbonicum GSK, tabl., 250 mg	60 szt.	05909990148714	2022-01-01	3 lata	180.0, Leki przeciwpsychotyczne - Lit do podawania doustnego w postaci węglanu	10,80	15,11	15,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2098	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220	2022-01-01	3 lata	10.0, Leki przeciwbiegunkowe - loperamid	5,16	7,55	7,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,78
2099	Loratadinum	Flonidan, zawiesina doustna, 1 mg/ml	120 ml	05909990739318	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,29	12,60	10,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quinckego - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	5,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2100	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990739233	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,99	16,12	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quincke'go - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,07
2101	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990223343	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,92	30,67	25,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quincke'go - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	12,58
2102	Loratadinum	Flonidan, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990223350	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,23	47,21	38,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quincke'go - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	20,06
2103	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990795420	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,10	16,24	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quincke'go - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,19
2104	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990670253	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,91	30,66	25,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quincke'go - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	12,57
2105	Loratadinum	Loratadyna Galena, tabl., 10 mg	90 szt.	05909990670260	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,96	44,83	38,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quincke'go - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	17,68
2106	Loratadinum	Loratan, kaps. miękkie, 10 mg	30 szt.	05909990909049	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	12,42	16,57	12,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quincke'go - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	7,52
2107	Loratadinum	Loratan, syrop, 5 mg/5 ml	125 ml	05909990839018	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	207.2, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	8,93	12,34	10,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	atopowe zapalenie skóry - u pacjentów powyżej 2 roku życia; alergia pokarmowa - u pacjentów powyżej 2 roku życia; reakcja anafilaktyczna objawiająca się pokrzywką lub obrzękiem naczynioruchowym Quincke'go - u pacjentów powyżej 2 roku życia	30%	4,84
2108	Losartan potassium	Losacor, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991055110	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,56	14,85	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	8,10

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2109	Losartan potassium + Hydrochlorothiazid	Losacor HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990729685	2019-07-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	13,91	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,60
2110	Losartanum	Cozaar, tabl. powł., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,84	13,95	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,64
2111	Losartanum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,41	25,68	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	13,07
2112	Losartanum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,92	32,82	27,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	13,90
2113	Losartanum	Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 100 mg	28 tabl.	05909991297060	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,69	15,47	15,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	4,64
2114	Losartanum	Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 50 mg	28 tabl.	05909991296940	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,35	8,19	8,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	2,46
2115	Losartanum	Losartan KRKA, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990956654	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	14,05	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,30
2116	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,65	29,28	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,76
2117	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,65	29,28	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,76
2118	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,77	15,07	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2119	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,65	29,28	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,76
2120	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,48	43,07	28,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,80
2121	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,77	15,07	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,32
2122	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,65	29,28	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,76
2123	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,48	43,07	28,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,80
2124	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612	2019-01-01	5 lat	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,84	13,95	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,64
2125	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Loreblok HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990778843	2019-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	13,18	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,87
2126	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990686339	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,41	25,68	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,07
2127	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990686360	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,62	37,75	27,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,83
2128	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losartan HCT Bluefish, tabl. powł., 100+25 mg	28 tabl.	05909990810796	2018-01-01	5 lat	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,04	14,79	14,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,44
2129	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powł., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,68	27,01	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	14,40
2130	Losartanum kalicum	Loreblok, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990770601	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,56	10,51	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	4,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2131	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,06	25,31	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	12,70
2132	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,02	13,09	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,78
2133	Losartanum kalicum	Losartic, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990621439	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	13,29	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	6,98
2134	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990573905	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,12	14,38	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	7,63
2135	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990724345	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,36	11,49	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	4,74
2136	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,65	22,29	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	30%	15,54
2137	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513	2019-01-01	5 lat	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,68	27,01	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,40
2138	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,02	13,09	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,78
2139	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645565	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,06	25,31	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,70
2140	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powł., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484	2019-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,41	25,68	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2141	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,12	14,38	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,63
2142	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,54	27,07	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,55
2143	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,77	14,02	9,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,27
2144	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,58	14,28	3,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	11,70
2145	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,96	14,68	3,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	12,10
2146	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 18,5 mg	28 szt.	05909991108670	2020-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	199,98	227,73	227,73	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2147	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 37 mg	28 szt.	05909991108762	2020-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	199,98	227,73	227,73	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2148	Lurasidonum	Latuda, tabl. powł., 74 mg	28 szt.	05909991108878	2020-09-01	2 lata	178.10, Leki przeciwpsychotyczne - lurasydony	199,98	227,73	227,73	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów po nieskuteczności lub w przypadku przeciwwskazań do terapii pozostałymi lekami przeciwpsychotycznymi II generacji		bezpłatny do limitu	0,00
2149	Mazipredonum + Miconazoli nitras	Mycosolon, maść, 20+2,5 mg/g	15 g	05909990129812	2022-01-01	3 lata	49.0, Miconazol w skojarzeniu z mazipredonem - do stosowania na skórę	17,28	23,27	23,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,64



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2150	Mebendazolium	Vermox, tabl., 100 mg	6 szt.	05909990250615	2022-01-01	3 lata	194.1, Leki przeciwbacze - mebendazol	8,37	11,93	11,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2151	Mebendazolium	Vermox, tabl., 100 mg	6 tabl.	05909997217963	2018-01-01	5 lat	194.1, Leki przeciwbacze - mebendazol	5,99	9,43	9,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2152	Medroxyprogesteroni acetat	Provera, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990155514	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etinyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	13,72	18,34	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,39
2153	Medroxyprogesteroni acetat	Provera, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990236411	2022-01-01	3 lata	72.0, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające cyproteron, etinyloestradiol, lewonorgestrel lub medroksyprogesteron	6,66	9,31	7,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,83
2154	Medroxyprogesteronum	Depo-Provera, zawiesina do wstrzykiwań, 150 mg/ml	1 fiol.po 3,3 ml	05909990236510	2022-01-01	3 lata	127.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - medroksyprogesteron do podawania pozajelitowego	10,96	15,31	15,31	Nowotwory złośliwe - Rak piersi i rak trzonu macicy		ryczałt	3,20
2155	Megestrolu acetat	Cachexan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990614608	2022-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	116,64	137,09	137,09	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2156	Megestrolu acetat	Megace, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909990437627	2022-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	116,64	137,09	137,09	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2157	Megestrolu acetat	Megalia, zawiesina doustna, 40 mg/ml	240 ml	05909991054519	2022-01-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	116,64	137,09	137,09	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40
2158	Megestrolu acetat	Megastril, zawiesina doustna, 40 mg/ml	1 but.po 240 ml	05909990895977	2019-07-01	3 lata	128.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - progestogeny - megestrol do podawania doustnego - postacię płynne	116,64	137,09	137,09	Nowotwory złośliwe		ryczałt	6,40

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2159	Meloxicam	Aspicam, tabl., 15 mg	60 szt.	05907695215168	2021-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	20,30	27,02	27,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,51
2160	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990224883	2019-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	8,64	11,70	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,20
2161	Meloxicamum	Aglan 15, tabl., 15 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990610006	2019-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	14,97	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,22
2162	Meloxicamum	Aspicam, tabl., 15 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990997527	2019-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,56	12,67	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,17
2163	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909991228262	2019-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,70	9,67	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,17
2164	Meloxicamum	Mel Forte, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	30 szt.	05909991228279	2019-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,84	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,09

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2165	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powł., 15 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990431151	2019-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	4,30	5,95	4,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	3,70
2166	Meloxicamum	Meloxistad, tabl. powł., 15 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990431168	2019-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,11	10,10	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,60
2167	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	10 szt.	05909990464425	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,79	7,50	4,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,25
2168	Meloxicamum	Movalis, tabl., 15 mg	20 szt.	05909990464418	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,26	13,40	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,90
2169	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990612406	2019-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	3,54	5,14	4,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	2,89
2170	Meloxicamum	Opokan forte, tabl., 15 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990612420	2019-03-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	9,72	13,84	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,09

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2171	Meloxicamum	Remolexam, tabl., 15 mg	20 szt.	05909991343354	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,37	9,32	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,82
2172	Meloxicamum	Trosicam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	20 szt.	05909990866625	2019-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,77	9,74	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,24
2173	Melphalanum	Alkeran, tabl.powl., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2019-11-01	3 lata	235.0, Leki przeciwnowotworowe - leki alkilujące - melfalan	111,95	131,93	131,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2174	Menotropinum	Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m. FSH + 1200 j.m. LH	1 fiol. z proszkiem + 2 amp.-strz.po 1ml	05909990812905	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	1234,44	1337,69	1240,26	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	100,63

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2175	Menotropinum	Menopur, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m. FSH + 600 j.m. LH	1 fiol. z proszkiem + 1 amp.-strz.po 1ml	05909990812981	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	616,68	674,53	620,14	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli; Stymulacja wzrostu pęcherzyków jajnikowych u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia ze znacznym niedoborem LH i FSH – refundacja do 3 cykli		ryczałt	57,59
2176	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 150 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp.-strz.z rozpuszczalnikiem	05909991219338	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	138,78	161,48	155,04	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli		ryczałt	9,64

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2177	Menotropinum	Mensinorm, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m.	1 fiol.z proszkiem + 1 amp-str.z rozpuszczalnikiem	05909991219307	2021-03-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	69,39	84,62	77,51	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli		ryczałt	10,31
2178	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	26,46	34,45	34,45	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2179	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	230.0, Leki przeciwnowotworowe antymetabolity - merkaptopuryna	26,46	34,45	34,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2180	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	05909991084011	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	38,76	48,18	39,43	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	11,95
2181	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991083816	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	37,80	44,78	20,85	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	27,13
2182	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991084110	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	63,13	77,41	77,41	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,56
2183	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991083915	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	87,26	41,70	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	48,76
2184	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908	2019-03-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	38,18	47,61	38,92	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	11,89

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2185	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003	2019-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	40,50	50,41	41,70	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	11,91
2186	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010	2019-03-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	70,52	85,23	77,84	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	10,59
2187	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027	2019-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	68,31	83,40	83,40	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2188	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	22,68	28,90	20,85	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	11,25
2189	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809	2019-07-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	40,50	50,41	41,70	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	11,91
2190	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990656813	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	144,50	162,92	77,84	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	88,28
2191	Mesalazinum	Pentasa, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sasz.po 2 g granulatu	05909990855315	2019-07-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	132,65	150,40	78,85	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	75,11
2192	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375	2019-05-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	158,37	178,74	94,62	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	88,39
2193	Mesalazinum	Pentasa, zawiesina doodbytnicza, 1 g/100 ml	7 butelek po 100 ml	05909990818815	2022-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	76,68	87,82	35,82	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	55,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2194	Mesalazinum	Pentasa, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sas.	05909990974184	2019-11-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	316,12	348,38	189,25	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	167,66
2195	Mesalazinum	Pentasa, granulaty o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sas.	05909991273989	2021-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	315,58	347,80	189,25	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	167,08
2196	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	130,68	148,33	78,85	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	73,04
2197	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964	2021-09-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	120,96	142,13	142,13	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	7,11
2198	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857	2021-09-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	68,04	83,11	83,11	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2199	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847	2021-09-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	60,48	74,62	74,62	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,56
2200	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554	2021-09-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	34,02	43,60	41,70	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	5,10
2201	Mesalazinum	Salofalk, zawiesina doodbytnicza, 4 g/60 ml	7 but.po 60 ml	05909990970117	2022-01-01	3 lata	12.3, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - płynne postacie farmaceutyczne	122,25	143,28	143,28	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	3,20
2202	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1 g	30 szt.	05909990806430	2019-05-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	135,00	153,42	83,40	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	73,22



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2203	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227	2022-01-01	3 lata	12.2, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna - produkty do stosowania doodbytniczego - stałe postacie farmaceutyczne	77,58	89,34	41,70	Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	50,84
2204	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	40,89	50,40	39,43	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego		ryczałt	14,17
2205	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990765423	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,40	7,93	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,76
2206	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990765430	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,40	13,71	13,71	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2207	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05903792661600	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	13,12	18,80	18,80	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2208	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990765379	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,59	3,89	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,41
2209	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990765386	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,70	7,20	7,20	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2210	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05903792661563	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,57	10,04	10,04	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2211	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990765393	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,32	6,53	6,26	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,47
2212	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990765409	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,10	12,00	12,00	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2213	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05903792661587	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,16	16,21	16,21	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2214	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,73	14,58	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,41
2215	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,49	28,50	14,73	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,97
2216	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,44	28,45	14,73	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,92
2217	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,86	7,32	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,84
2218	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,73	14,58	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,41
2219	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,60	21,62	11,05	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,77
2220	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,80	10,99	5,52	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,67
2221	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,60	21,62	11,05	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,77
2222	Metformini hydrochloridum	Etfom, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991352417	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,68	29,83	29,46	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,77

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2223	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991352400	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	12,31	16,77	14,73	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,24
2224	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powł., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698141	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,58	10,22	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,05
2225	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698172	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,37	15,08	11,05	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,23
2226	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powł., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698257	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,47	14,48	12,52	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,16
2227	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698271	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,70	20,98	18,78	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,28
2228	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2019-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,32	29,46	29,46	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2229	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05903060614444	<1>2019-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,32	29,46	29,46	<2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	8,84
2230	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,65	8,19	7,37	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,02
2231	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990078974	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,65	8,19	7,37	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,03

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2232	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,86	16,29	14,73	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,76
2233	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990078981	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,86	16,29	14,73	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	5,98
2234	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2019-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,14	23,02	22,10	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,72
2235	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998	<1>2019-09-01/<2>2020-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,14	23,02	22,10	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	7,55
2236	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2019-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,17	15,57	14,73	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,04
2237	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05903060614406	<1>2019-05-01/<2>2021-05-01/<3>2022-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,17	15,57	14,73	<2>Zespół policystycznych jajników; <3>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	5,26
2238	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,21	4,54	3,68	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,06
2239	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,21	4,54	3,68	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	1,96
2240	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,40	8,98	7,37	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,81

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2241	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	6,40	8,98	7,37	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	3,82
2242	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2019-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	<1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,56	12,13	11,05	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,28
2243	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967	<1>2019-09-01/<2>2020-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,56	12,13	11,05	<2>Zespół policystycznych jajników		30%	4,40
2244	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2019-05-01/<2>2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,98	25,41	25,04	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,81
2245	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420	<1>2019-05-01/<2>2022-01-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,98	25,41	25,04	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	7,88
2246	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990079001	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,74	6,97	6,26	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,91
2247	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990079025	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,49	13,45	12,52	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,13
2248	Metformini hydrochloridum	Formetic, tabl. powł., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990079032	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,58	19,80	18,78	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,10
2249	Metformini hydrochloridum	Glucophage 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990717248	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,67	8,21	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,04
2250	Metformini hydrochloridum	Glucophage 500 mg, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990789276	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,99	5,36	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,88

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2251	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990789290	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,51	7,78	6,26	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,72
2252	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	31,50	36,92	14,73	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	25,39
2253	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990624751	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,40	8,94	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,46
2254	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,60	18,64	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,47
2255	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,10	13,41	5,52	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	11,09
2256	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990213436	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,40	27,71	11,05	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,86
2257	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909991415365	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,70	7,20	7,20	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2258	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991415372	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,40	13,71	13,71	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2259	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909991415389	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,09	19,81	19,81	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2260	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909991415303	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,34	3,63	3,63	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2261	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991415310	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,70	7,20	7,20	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2262	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909991415327	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,04	10,53	10,53	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2263	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909991415334	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,99	6,18	6,18	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2264	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909991415341	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,97	11,86	11,86	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2265	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909991415358	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,96	17,05	17,05	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,08
2266	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991415686	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,88	12,63	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,46
2267	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991415693	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	19,76	24,59	14,73	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,06
2268	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991415624	2021-07-01	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,94	6,36	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,88
2269	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991415631	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,87	12,62	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,45
2270	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991415648	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,81	18,69	11,05	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2271	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991415655	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,41	9,53	5,52	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	7,21
2272	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991415662	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,82	18,70	11,05	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,85
2273	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991425845	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	20,52	27,57	27,57	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2274	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909991252069	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,14	29,27	29,27	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,40
2275	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990053056	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,71	8,26	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,09
2276	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909991425821	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,26	14,61	14,61	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2277	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990933181	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,18	15,58	14,73	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,05
2278	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909991425838	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,39	21,18	21,18	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,80
2279	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,79	5,16	3,68	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,68
2280	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316	<1>2022-01-01/<2>2020-03-01	3 lata	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,79	5,16	3,68	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi	30%	2,58	



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2281	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	<1>2021-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,58	10,22	7,37	<1>Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,05
2282	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253	<1>2021-09-01/<2>2020-03-01	3 lata	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,58	10,22	7,37	<2>Nieprawidłowa tolerancja glukozy (stan przedcukrzycowy), gdy za pomocą ściśle przestrzeganej diety i ćwiczeń fizycznych nie można uzyskać prawidłowego stężenia glukozy we krwi		30%	5,06
2283	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,28	7,53	6,26	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,47
2284	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	10,47	14,48	12,52	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,16
2285	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,70	20,98	18,78	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,28
2286	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,71	14,56	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,39
2287	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,43	28,44	14,73	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,91
2288	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	7,56	9,11	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,63
2289	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	15,55	18,59	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,42
2290	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15,0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,33	27,65	11,05	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	19,80

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2291	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,02	11,22	5,52	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,90
2292	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	18,04	22,08	11,05	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	14,23
2293	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990705894	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,37	6,85	6,85	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2294	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990705474	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	2,34	3,63	3,63	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2295	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powl., 850 mg	30 szt.	05909990705726	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,72	5,90	5,90	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,20
2296	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	120 szt.	05909990221028	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	22,36	29,50	29,46	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,44
2297	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990220984	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,59	8,14	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,97
2298	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	60 szt.	05909990220991	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,18	15,58	14,73	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,05
2299	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05909990221004	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,77	22,63	22,10	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,33
2300	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990457212	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	3,19	4,52	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2301	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990457229	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,59	8,14	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,97
2302	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990457311	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	4,75	6,98	6,26	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	3,92
2303	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990457328	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,45	13,42	12,52	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,10
2304	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	44,71	52,97	29,46	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	29,91
2305	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,18	14,00	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	9,83
2306	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,36	28,37	14,73	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,84
2307	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,79	7,25	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,77
2308	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	33,53	40,23	22,10	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	22,93
2309	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,38	10,55	5,52	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,23
2310	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,74	14,59	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2311	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt	05909991271763	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	23,49	28,50	14,73	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	16,97
2312	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	5,89	7,35	3,68	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	6,87
2313	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt	05909991271701	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,77	14,62	7,37	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	10,45
2314	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,82	11,01	5,52	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	8,69
2315	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt	05909991271749	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	17,65	21,67	11,05	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	13,82
2316	Metforminum	Glucophage, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990789306	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	9,50	13,47	12,52	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,15
2317	Metforminum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 tabl.	05909990933198	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	16,84	22,70	22,10	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,40
2318	Metforminum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	120 szt. (12 blist.po 10 szt.)	05909990457236	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	11,19	15,59	14,73	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,06
2319	Metforminum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	90 tabl.	04013054024331	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	8,39	11,95	11,05	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,10
2320	Metforminum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	120 szt. (8 blist.po 15 szt.)	05909990457335	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	19,07	25,50	25,04	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	5,90

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2321	Metforminum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	04013054024348	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	15.0, Doustne leki przeciwcukrzycowe - biguanidy o działaniu przeciwcukrzycowym - metformina	14,31	19,52	18,78	Cukrzyca	zespoły insulinoopomości w przypadkach innych niż w przebiegu cukrzycy	ryczałt	4,82
2322	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	10 ml	05909990719013	2022-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	4,70	5,62	2,20	Nowotwory złośliwe		ryczałt	5,62
2323	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	100 ml	05909990792016	2022-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	16,24	21,96	21,96	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2324	Methadoni hydrochloridum	Methadone Hydrochloride Molteni, syrop, 1 mg/ml	20 ml	05909990718917	2022-01-01	3 lata	150.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - metadon	5,02	6,64	4,39	Nowotwory złośliwe		ryczałt	5,45
2325	Methotrexatum	Ebtrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	16,49	22,27	22,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2326	Methotrexatum	Ebtrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	73,22	88,31	88,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2327	Methotrexatum	Ebtrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	97,63	115,63	115,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2328	Methotrexatum	Ebtrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	146,45	169,19	169,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2329	Methotrexatum	Ebtrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	195,26	222,14	222,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2330	Methotrexatum	Ebtrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	244,08	274,55	274,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2331	Methotrexatum	Ebtrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	292,90	326,97	326,97	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2332	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	216,85	245,38	245,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,84
2333	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	289,14	323,02	323,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2334	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	361,26	400,48	400,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,40
2335	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	433,71	478,29	478,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	7,68
2336	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	505,76	555,67	555,67	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,96
2337	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	578,28	633,54	633,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2338	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	650,27	710,86	710,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	11,52
2339	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	722,84	788,79	788,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	12,80
2340	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	794,77	866,05	866,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	14,08

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2341	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	894,24	972,22	972,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	15,36
2342	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	18,60	24,49	22,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,42
2343	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	24,80	32,00	29,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,51
2344	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	31,00	39,38	37,12	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,46
2345	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	37,20	46,75	44,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,41
2346	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	43,39	54,11	51,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,35
2347	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	49,59	61,19	59,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,00
2348	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	55,79	68,27	66,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,66
2349	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	61,99	75,36	74,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,33

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2350	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	74,39	89,53	89,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,65
2351	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	74,52	89,67	89,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,79
2352	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	99,36	117,45	117,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2353	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	149,04	171,91	171,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2354	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	198,72	225,78	225,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2355	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	248,40	279,09	279,09	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2356	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	298,08	332,40	332,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2357	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	149,04	171,91	171,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2358	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	198,72	225,78	225,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2359	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	298,08	332,40	332,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2360	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	397,44	439,04	439,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2361	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	496,80	545,68	545,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2362	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampułkostrzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	596,16	652,32	652,32	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2363	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346867	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	314,88	350,04	350,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2364	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	351,82	391,14	391,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	6,83
2365	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	439,78	485,80	485,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	8,53
2366	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	527,73	580,47	580,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	10,24
2367	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990453924	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	32,36	41,41	38,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; zmiłniakowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	24,31

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2368	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990453924	2019-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	32,36	41,41	38,43	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,98
2369	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg	50 szt.	05909990453825	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	16,18	21,78	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; zmiennokowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	13,24
2370	Methotrexatum	Methotrexat-Ebewe, tabl., 5 mg	50 szt.	05909990453825	2019-03-01	3 lata	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	16,18	21,78	19,21	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,57
2371	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	90,18	107,81	107,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2372	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	139,32	161,71	161,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
2373	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	189,54	216,14	216,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,41
2374	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	239,76	270,02	270,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,27
2375	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05909991252885	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	290,52	324,47	324,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	5,12
2376	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulkostrzykawce, 7.5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.2, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - inne immunosupresanty - metotreksat do stosowania podskórnego	66,42	81,16	81,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2377	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991303617	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	62,64	76,85	76,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; zmiennokomórkowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	42,67
2378	Methotrexatum	Trexan Neo, tabl., 2,5 mg	100 szt. (w pojemniku)	05909991303563	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	120.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antymetabolity - metotreksat do stosowania doustnego	15,64	21,21	19,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	sarkoidoza; zmiennokomórkowe choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	12,67
2379	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 18 mg	30 szt.	05909990655021	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	36,72	46,50	42,17	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	7,53
2380	Methylphenidati hydrochloridum	Concerta, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 36 mg	30 szt.	05909990655038	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	69,12	84,34	84,34	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,84
2381	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990652198	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	19,98	26,50	23,43	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	6,27
2382	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990652204	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	27,54	37,45	37,45	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	3,20
2383	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990652181	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	10,26	14,29	11,71	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	5,78
2384	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 10 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 10 mg	30 szt.	05909990652235	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	31,86	38,97	23,43	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	18,74
2385	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 20 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 20 mg	30 szt.	05909990652242	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	64,26	76,00	46,86	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	32,34

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2386	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 30 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 30 mg	30 szt.	05909990652259	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	77,76	92,20	70,28	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	25,12
2387	Methylphenidati hydrochloridum	Medikinet CR 40 mg, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 40 mg	30 szt.	05909990652266	2022-01-01	3 lata	185.0, Leki psychoanaleptyczne - metylfenidat	102,06	119,69	93,71	Zespół nadpobudliwości psychoruchowej wyłącznie jako element kompleksowego (zawierającego psychoterapię) leczenia u dzieci powyżej 6 roku życia		ryczałt	30,25
2388	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814	2022-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,48	14,71	14,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,36
2389	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312	2022-01-01	3 lata	82.2, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon - postacie o przedłużonym uwalnianiu	10,80	15,04	14,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,69
2390	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	32,40	42,81	42,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,38
2391	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,48	9,23	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,40
2392	Methylprednisolonum	Meprelon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/infuzji, 1000 mg	1 fiol. + 1 amp.	05909990939220	2021-11-01	3 lata	82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon	52,49	65,12	65,12	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	3,20
2393	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539	2019-03-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	21,54	28,98	28,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2394	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501	2019-03-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	5,40	8,10	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,27
2395	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464	2021-05-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	10,80	15,41	15,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2396	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	24,51	32,10	32,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2397	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519	2022-01-01	3 lata	82.3, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - metyloprednisolon	6,46	9,21	8,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,38
2398	Methylprednisolonum	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.	05909990236817	2019-07-01	3 lata	82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon	84,49	98,72	65,12	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	36,80
2399	Methylprednisolonum	Solu-Medrol, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 mg	1 fiol. z prosz. + 1 fiol. z rozp.	05909990236718	2019-07-01	3 lata	82.1, Kortykosteroidy do stosowania pozajelitowego - glikokortykoidy - metyloprednisolon	35,05	43,43	32,56	Zaostrzenie w przebiegu stwardnienia rozsianego		ryczałt	14,07
2400	Metoprololi tartaras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	3,95	5,38	3,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,62
2401	Metoprololum	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	6,38	9,05	7,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ekstrasystolie pochodzenia komorowego u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,32
2402	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991120948	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,47	9,30	8,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,15
2403	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991121051	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	21,44	28,02	26,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,58
2404	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powł., 60 mg	30 tabl.	05909991379391	2019-03-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	37,91	48,32	48,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,50
2405	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	03830044949655	2020-09-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	18,90	25,36	25,36	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,61
2406	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990883813	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,39	9,22	8,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,07
2407	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990764242	2022-01-01	3 lata	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,16	25,63	25,63	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,69
2408	Mianserinum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 tabl.	05909991120962	2018-03-01	5 lat	225.0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,44	25,92	25,92	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2409	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716	2019-01-01	5 lat	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	7,05	9,91	8,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,76
2410	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822	2019-01-01	5 lat	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	21,17	27,74	26,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,30
2411	Mianserinum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618	2022-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	6,39	9,22	8,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,07
2412	Mianserinum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625	2022-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	19,12	25,59	25,59	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,68
2413	Mianserinum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311	2022-01-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	12,74	17,56	17,56	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,27
2414	Mianserinum	Miansegen, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991064525	2019-03-01	3 lata	225,0, Leki przeciwdepresyjne - mianseryna	37,69	48,08	48,08	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,42
2415	Miconazoli nitras	Gyno-Femidazol, tabl. dopochwowe, 100 mg	15 szt.	05909990281312	2022-01-01	3 lata	59,0, Leki antyseptyczne i dezynfekcyjne do stosowania dopochwowego - pochodne imidazolu o działaniu przeciwgrzybiczym	16,42	22,19	22,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,10
2416	mieszanki alergenów pyłku roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 20000 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975419	2022-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	213,92	242,74	242,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2417	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990094813	2022-01-01	3 lata	227,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	16,74	21,46	15,79	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,41
2418	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990966813	2022-01-01	3 lata	227,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	12,15	16,63	15,79	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,58
2419	Moclobemidum	Moklar, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990953714	2022-01-01	3 lata	227,0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory MAO - moklobemid	11,34	15,79	15,79	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,74
2420	Mometasoni fuoras	Momester, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but. po 140 dawek	05909991195366	2021-09-01	3 lata	196,0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	12,57	16,87	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,62
2421	Mometasoni fuoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657	2021-05-01	3 lata	56,0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,71	16,40	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,29
2422	Mometasoni fuoas	Metmin, aerozol do nosa, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991141004	2020-09-01	3 lata	196,0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	11,72	15,98	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,73

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2423	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199	2020-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	24,79	32,43	32,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,22
2424	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384	2020-09-01	2 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	21,60	28,83	28,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,42
2425	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441	2020-09-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	15,34	20,21	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,10
2426	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059	2021-01-01	3 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	12,42	17,14	16,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,03
2427	Mometasoni furoas	Nasometin, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę odmierzoną	1 but.po 18 g	05909991031275	2020-09-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,31	14,50	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,25
2428	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	1 but.po 140 dawek	05909991099688	2020-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	10,31	14,50	14,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,25
2429	Mometasoni furoas	Pronasal, aerozol do nosa, zawiesina, 50 µg/dawkę	2 but.po 140 daw.	05909991099695	2021-01-01	3 lata	196.0, Kortykosteroidy do stosowania do nosa	20,63	27,41	27,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,71
2430	Mometasonum	Asmanex Twisthaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 poj.po 60 daw.	05909991106638	2019-01-01	5 lat	200.1, Wziewne kortykosteroidy - produkty jednoskładnikowe - proszki i aerozole	81,00	96,01	72,12	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	30,29
2431	Mometasonum	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982	2021-11-01	2 lata	56.0, Kortykosteroidy do stosowania na skórę - o dużej sile działania	11,34	15,84	15,15	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,27
2432	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758	2020-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,52	22,31	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,69
2433	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990881734	2019-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	20,08	26,05	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	10,43
2434	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758	2019-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	10,96	14,09	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2435	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772	2019-07-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,45	17,22	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,41
2436	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	22,53	28,63	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	13,01
2437	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	11,94	15,12	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,88
2438	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	14,96	18,81	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	11,00
2439	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	19,14	25,07	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,45
2440	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	10,26	13,35	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,11
2441	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647	2022-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	13,07	16,82	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,01
2442	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,36	22,15	22,15	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,65
2443	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990871650	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	6,98	9,91	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,67



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2444	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990871766	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,72	12,26	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,45
2445	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235	2020-11-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,77	21,53	21,53	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,46
2446	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266	2019-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,52	22,31	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,69
2447	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013	2021-11-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	15,71	21,72	21,72	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,52
2448	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481	2019-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	38,66	48,67	47,81	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	15,20
2449	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743	2019-03-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	10,40	13,50	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,26
2450	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767	2019-03-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	9,82	13,41	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	5,60
2451	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	18,79	24,70	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,08
2452	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	7,13	10,08	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2453	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263	2020-01-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,68	12,22	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,41
2454	Montelukastum	Promonta, tabl. powł., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990671090	2019-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	19,44	25,38	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	9,76
2455	Montelukastum	Promonta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990671052	2019-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	10,26	13,35	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	7,11
2456	Montelukastum	Promonta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990671076	2019-05-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	12,96	16,71	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	8,90
2457	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	16,69	22,49	22,31	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	6,87
2458	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	7,02	9,95	8,92	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	3,71
2459	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270	2019-09-01	3 lata	204.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - antagoniści receptorów leukotrienowych	8,75	12,29	11,16	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		30%	4,48
2460	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	6,26	8,94	7,57	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	4,57
2461	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990743827	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	6,26	8,94	7,57	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2462	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	53,51	66,91	66,91	Neuralgia popółpaścowa przewleklej; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
2463	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990744121	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	53,51	66,91	66,91	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2464	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	90,00	109,22	109,22	Neuralgia popółpaścowa przewleklej; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	6,40
2465	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990744220	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	90,00	109,22	109,22	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2466	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	17,06	23,14	22,71	Neuralgia popółpaścowa przewleklej; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,63
2467	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	30 szt.	05909990743926	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	17,06	23,14	22,71	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,43
2468	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	29,18	38,74	38,74	Neuralgia popółpaścowa przewleklej; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
2469	Morphini hydrochloridum	Vendal retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909990744022	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	29,18	38,74	38,74	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2470	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2022-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	11,83	15,45	10,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,77
2471	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990404919	2022-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	11,83	15,45	10,88	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,57
2472	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2022-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	16,09	21,77	21,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2473	Morphini sulfas	Morphini sulfas WZF, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990405015	2022-01-01	3 lata	149.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania pozajelitowego	16,09	21,77	21,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2474	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	12,42	17,03	15,14	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	5,09
2475	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990476237	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	12,42	17,03	15,14	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,89
2476	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	119,88	140,59	140,59	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	6,40
2477	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990476534	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	119,88	140,59	140,59	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2478	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	237,02	267,60	267,60	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	12,80
2479	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990476633	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	237,02	267,60	267,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2480	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	35,55	45,42	45,42	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
2481	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990476336	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	35,55	45,42	45,42	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2482	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	71,11	86,63	86,63	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2483	Morphini sulfas	MST Continus, tabl. powł. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909990476435	2022-01-01	3 lata	149.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	71,11	86,63	86,63	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2484	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2022-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o niemodyfikowanym uwalnianiu	56,16	69,37	69,37	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kaulalgia		ryczałt	3,20
2485	Morphini sulfas	Sevredol, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990336425	2022-01-01	3 lata	149.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - morfina do podawania doustnego - postaci o niemodyfikowanym uwalnianiu	56,16	69,37	69,37	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2486	Mycophenolas mofetil	CellCept, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 1 g/5 ml	110 g (175 ml)	05909990980918	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	209,24	232,84	108,46	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczień rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkankę lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	127,58
2487	Mycophenolas mofetil	CellCept, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990707614	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	107,68	124,20	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczień rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkankę lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	49,93
2488	Mycophenolas mofetil	CellCept, tabl., 500 mg	50 szt.	05909990707515	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	107,68	124,20	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczień rumieniowaty układowy; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkankę lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	49,93

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2489	Mycophenolas mofetil	Mycofit, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990754472	2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	63,18	77,47	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układu; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	3,20
2490	Mycophenolas mofetil	Mycofit, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990750993	2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	63,18	77,47	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układu; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	3,20
2491	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 250 mg kapsulki twarde, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990074563	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	62,64	76,90	76,90	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układu; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	3,20
2492	Mycophenolas mofetil	Mycophenolate mofetil Sandoz 500 mg tabletki powłokane, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990715268	2019-05-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	70,20	84,84	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układu; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	10,57

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2493	Mycophenolas mofetil	Myfenax, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909990638185	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	66,80	81,27	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układu; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	7,00
2494	Mycophenolas mofetil	Myfenax, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990638208	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	134.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - kwas mykofenolowy i jego pochodne	66,80	81,27	77,47	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>steroidozależny zespół nerczycowy; cyklosporynozależny zespół nerczycowy; nefropatia toczniowa; zapalenie naczyń; toczeń rumieniowaty układu; twardzina układowa; stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; neuropatia zapalna; miopatia zapalna; <2>steroidooporny zespół nerczycowy; nefropatia IgA; <3>choroby autoimmunizacyjne u pacjentów z niedoborami odporności; cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego	ryczałt	7,00
2495	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990962419	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,15	14,17	4,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,92
2496	Nabumetonum	Nabuton VP, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990962426	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	35,64	41,05	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	34,30

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2497	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	47,97	58,04	42,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	19,10



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2498	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	64,39	76,71	56,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	23,72

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2499	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	103,47	120,03	84,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub ortezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	38,95

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2500	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	128,00	147,50	112,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	38,33

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2501	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	160,54	182,82	140,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczępieniu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orciezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	45,91

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2502	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	183,88	208,46	168,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	44,17

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2503	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	263,00	293,25	224,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orcie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	74,19

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2504	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	307,17	340,78	280,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zespół antyfosfolipidowy lub jego powikłania - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; zespół antyfosfolipidowy - diagnostyka; niedobór białka C lub niedobór białka S - diagnostyka; zmiany zakrzepowo-zatorowe inne niż określone w ChPL u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka i leczenie; choroby nowotworowe w przypadkach innych niż określone w ChPL - profilaktyka i leczenie przeciwzakrzepowe; terapia pomostowa zamiast antagonisty witaminy K (VKA) lub innych leków przeciwkrzepliwych u kobiet ciężarnych po wszczęciu zastawki i z wadą zastawkową; ostre zespoły wieńcowe w przypadkach innych niż wymienione w ChPL; schorzenia wymagające przewlekłego stosowania antagonistów witaminy K (VKA) (z okresową oceną możliwości powrotu do stosowania VKA) u osób, u których leczenie VKA nie jest zadowalające z uwagi na: a) powikłania (lub przewidywane wysokie ryzyko powikłań, w tym krwotocznych) podczas stosowania VKA, b) częste nieterapeutyczne lub nadmiernie podwyższone wartości INR, c) obiektywne trudności z odpowiednio częstą kontrolą INR, d) nawroty żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej podczas stosowania VKA; terapia pomostowa u pacjentów wymagających czasowego zaprzestania przewlekłego leczenia doustnymi antykoagulantami ze względu na planowane procedury terapeutyczne i diagnostyczne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; unieruchomienie kończyny dolnej w opatrunku gipsowym lub orciezie z powodu izolowanych obrażeń kończyny dolnej (przez cały okres unieruchomienia, o ile związane jest to ze wzrostem ryzyka wystąpienia żyłnej choroby zakrzepowo zatorowej) - w przypadkach innych niż określone w ChPL; profilaktyka i leczenie żyłnej choroby zakrzepowo - zatorowej u kobiet w ciąży - w przypadkach innych niż określone w ChPL; krytyczne niedokrwienie kończyn dolnych - w okresie poprzedzającym hospitalizację, nie dłużej niż 14 dni (dawki lecznicze) - w przypadkach innych niż określone w ChPL	ryczałt	66,96
2505	Naldemedinum	Rizmoic, tabl. powł., 200 µg	28 szt.	05060431940073	2021-01-01	2 lata	253.0, Leki stosowane w zaparciach - antagoniści receptorów opioidowych	215,46	244,39	244,39	Leczenie zaparć indukowanych opioidami u dorosłych pacjentów z chorobą nowotworową i uprzednio leczonych bezskutecznie środkami przeczyszczającymi, u których nie jest stosowany inny antagonistą opioidowy zarówno osobno jak i w połączeniu	bezpłatny do limitu	0,00	

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2506	Naproxenum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	60 szt.	05909990948536	2019-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,74	21,43	14,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,00
2507	Naproxenum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909990948543	2019-11-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	33,48	41,17	29,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,31
2508	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 250 mg	60 szt.	05909991054991	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,57	18,93	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,18
2509	Naproxenum	Anapran EC, tabl. dojel., 500 mg	60 szt.	05909991055066	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	29,42	36,59	27,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	23,08
2510	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	30 szt.	05909990661404	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,83	10,32	6,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,94
2511	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 250 mg	90 szt.	05909990661435	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	22,41	28,23	20,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	18,10



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2512	Naproxenum	Apo-Napro, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990661442	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,69	20,10	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,35
2513	Naproxenum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	10 szt.	05909991023782	2019-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,40	7,23	4,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,76
2514	Naproxenum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909991023799	2019-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,80	14,19	9,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,24
2515	Naproxenum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	30 szt.	05909991023805	2019-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	16,20	20,86	14,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,43
2516	Naproxenum	Nalgesin Forte, tabl. powł., 550 mg	60 szt.	05909991023836	2019-07-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	40,04	29,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,18
2517	Naproxenum	Napritum, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991292492	2020-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,62	8,00	6,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,62

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2518	Naproxenum	Napritum, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991292720	2020-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	10,85	15,02	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,27
2519	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991040529	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,78	10,26	6,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,88
2520	Naproxenum	Naproxen 250 Hasco, tabl., 250 mg	50 szt.	05909991040536	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,96	16,77	11,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,14
2521	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	15 szt.	05909990644179	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,78	10,26	6,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,88
2522	Naproxenum	Naproxen 500 Hasco, tabl., 500 mg	30 tabl.	05909990644186	2018-01-01	5 lat	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	14,58	18,94	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,19
2523	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 250 mg	30 szt.	05909991390099	2020-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	5,78	8,17	6,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	4,79

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2524	Naproxenum	Naproxen Genoptim, tabl., 500 mg	30 szt.	05909991390143	2020-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,56	15,77	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	9,02
2525	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 250 mg	10 szt.	05909990914319	2022-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	6,48	8,83	6,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	5,39
2526	Naproxenum	Naproxen Hasco, czopki, 500 mg	10 szt.	05909990914418	2022-01-01	3 lata	141.2, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doodbytniczego	9,72	13,75	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,88
2527	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 250 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990860692	2019-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,94	10,44	6,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,06
2528	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	20 szt.	05909990466818	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	11,45	14,65	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,15
2529	Naproxenum	Naproxen Polfarmex, tabl., 500 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990860685	2019-09-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	15,01	19,39	13,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,64
2530	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 275 mg	20 szt.	05909990615438	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	7,54	9,48	4,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	7,01

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2531	Naproxenum natricum	Anapran, tabl. powł., 550 mg	20 szt.	05909990624515	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postaci farmaceutyczne	15,01	18,61	9,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	13,66
2532	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powł., 35 mg	4 szt.	05909990082599	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	147.0, Leki stosowane w chorobach kości - bisfosfoniary doustne - kwas alendronowy i ryzendronowy	10,72	14,39	11,90	Osteoporoza	osteoporoza posterydowa - profilaktyka	30%	6,06
2533	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postaci farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,40	41,81	41,81	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2534	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	100 szt.	05909990042371	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postaci farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	32,40	41,81	41,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2535	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postaci farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	56,16	69,35	69,35	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,56
2536	Natrii valproas	Absenor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990042364	2022-01-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postaci farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	56,16	69,35	69,35	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2537	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postaci farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	25,49	33,67	33,67	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2538	Natrii valproas	Convival Chrono, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	50 szt.	05909990930166	2021-07-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postaci farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	25,49	33,67	33,67	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2539	Natrii valproas	Convulex, syrop, 50 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990023912	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	8,38	10,26	4,45	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	9,01
2540	Natrii valproas	Depakine, syrop, 288.2 mg/5 ml	150 ml	05909990307418	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o normalnym uwalnianiu	12,84	15,87	7,69	Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	11,38
2541	Natrii valproas	ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909990619658	<1>2022-01-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	9,40	13,49	13,49	<1>Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2542	Natrii valproas	ValproLEK 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909990619658	<1>2022-01-01/<2>2019-03-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	9,40	13,49	13,49	<2>Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2543	Natrii valproas	ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990619672	<1>2022-01-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,93	21,76	21,76	<1>Padaczka	neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	ryczałt	3,20
2544	Natrii valproas	ValproLEK 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990619672	<1>2022-01-01/<2>2019-03-01	3 lata	161.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - kwas walproinowy i jego sole - postacie farmaceutyczne o przedłużonym uwalnianiu	15,93	21,76	21,76	<2>Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2545	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991369569	2019-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	24,84	33,20	33,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,67
2546	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552	2019-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	7,78	11,25	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,35
2547	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290	2019-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,24	13,84	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,94

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2548	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,79	12,50	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,81
2549	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456	2021-01-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	17,28	23,33	23,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,40
2550	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,16	11,67	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,77
2551	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358	2019-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,08	21,83	21,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2552	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372	2019-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	32,16	41,44	41,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,95
2553	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189	2021-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,37	16,08	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,18
2554	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202	2021-07-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	18,36	24,23	22,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,01
2555	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689774	2019-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	13,18	16,92	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,02
2556	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185	2021-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,44	16,15	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,25
2557	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	12,10	15,80	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,90
2558	Nebivololum	Nebispes, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990673865	2019-05-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	10,80	14,43	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,53
2559	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300	2020-03-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,61	13,18	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,28

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2560	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597	2021-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	16,42	22,19	22,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,97
2561	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047	2019-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,23	11,73	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,83
2562	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172	2020-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	8,69	12,39	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,70
2563	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000	2021-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	30,78	39,44	39,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,67
2564	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997	2021-09-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	9,18	12,91	11,89	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,22
2565	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809	2019-11-01	3 lata	40.0, Leki beta-adrenolityczne - selektywne - do stosowania doustnego	14,15	17,95	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,05
2566	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	15 szt.	05909990411320	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	6,48	7,86	3,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	6,17
2567	Nimesulidum	Aulin, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz. po 2 g	05909990411436	2021-07-01	3 lata	141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,74	17,53	17,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,82
2568	Nimesulidum	Aulin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990411337	2022-01-01	3 lata	141.1, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - produkty jednoskładnikowe i skojarzone z inhibitorami pompy protonowej - stałe postacie farmaceutyczne	12,94	15,69	6,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,31
2569	Nimesulidum	Nimesil, granulaty do sporządzania zawiesiny doustnej, 100 mg	30 sasz.po 2 g	05909991040338	2022-01-01	3 lata	141.4, Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	12,64	17,42	17,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	8,71

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2570	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694778	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	3,83	5,04	3,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,79
2571	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 10 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694785	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	7,67	10,09	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	6,39
2572	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990694761	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	5,62	7,94	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	4,24
2573	Nitrendipinum	Nitrendypina EGIS, tabl., 20 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990694754	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	11,32	15,44	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	objaw Raynauda związany z twardziną układową - leczenie pierwszoliniowe	ryczałt	8,04
2574	Norethisteroni acetat + Estradioli valeras	Cliovelle 1 mg / 0,5 mg tabletki, tabl., 1+0,5 mg	28 szt.	05909990067794	2022-01-01	3 lata	68.2, Leki hormonalne do podawania doustnego, zawierające estradiol lub estradiol w skojarzeniu z progestagenami	18,14	22,91	15,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,96
2575	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416461	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	560,76	616,03	605,66	Akromegalia; Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnym: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	13,57



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2576	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416485	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1121,53	1219,55	1211,31	Akromegalia; Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowolająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	11,44
2577	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416508	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1682,28	1816,97	1816,97	Akromegalia; Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowolająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnie: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	4,57
2578	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	43,20	52,28	30,28	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	25,20
2579	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	32,40	38,46	15,14	Akromegalia	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekrekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	26,52

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2580	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	777,60	843,70	605,66	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnym: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	241,24
2581	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2022-01-01/<2>2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	1555,20	1674,90	1211,31	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnym: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	466,79
2582	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2019-07-01/<2>2021-07-01 - dla kolumny 12, <1>2021-03-01/<2>2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	79.1, Hormony przysadki i podwzgórza - inhibitory hormonu wzrostu - oktreotyd	2332,80	2500,02	1816,97	<1>Akromegalia; <2>Leczenie objawów u pacjentów z hormonalnie czynnymi guzami żołądka, jelit i trzustki, którzy zadowalająco reagują na leczenie oktreotydem podawanym podskórnym: rakowiak z objawami zespołu rakowiaka, VIPoma, glukagonoma, gastrinoma (zespół Zollingera-Ellisona), insulinoma (w celu utrzymania właściwego stężenia glukozy przed operacją oraz w leczeniu podtrzymującym), GRFoma; Leczenie pacjentów z zaawansowanymi guzami neuroendokrynnymi wywodzącymi się ze środkowej części prajelita lub o nieznanym ognisku pierwotnym w celu zahamowania progresji choroby	<1>hiperinsulinizm spowodowany inną przyczyną niż określona w ChPL; <2>objawy hipersekcji występujące w przebiegu nowotworów neuroendokrynnych innych niż określone w ChPL	ryczałt	687,62

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2583	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powł., 200 mg	10 szt.	05909990111213	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	12,94	16,56	11,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	10,97
2584	Ofloxacinum	Tarivid 200, tabl. powł., 200 mg	10 szt.	05909990111213	2022-01-01	3 lata	105.0, Chinolonowe leki przeciwbakteryjne - fluorochinolony do stosowania doustnego	12,94	16,56	11,19	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	5,37
2585	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990806799	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,16	71,22	71,22	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2586	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990806843	2019-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	83,70	102,20	102,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2587	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990806881	2019-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	111,24	133,05	133,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2588	Olanzapinum	Anzorin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990806751	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,08	37,79	37,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2589	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990824106	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,68	92,76	87,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,95
2590	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990827343	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	150,77	174,56	174,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,50
2591	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990824076	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,34	48,57	43,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,26
2592	Olanzapinum	Egolanza, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991095666	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,38	91,40	87,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,59

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2593	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990697649	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,29	78,70	78,70	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2594	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909991136475	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,29	78,70	78,70	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2595	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909991136499	2020-09-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	86,18	104,80	104,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2596	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909991136512	2020-09-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	114,91	136,91	136,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2597	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990697526	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,64	41,53	41,53	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2598	Olanzapinum	Olanzapina Mylan, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909991136451	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,64	41,53	41,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2599	Olanzapinum	Olanzapina Stada, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990896745	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	80,29	80,29	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2600	Olanzapinum	Olanzapina Stada, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990896738	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,40	42,33	42,33	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2601	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 10 mg	30 szt.	05901720140074	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,44	89,76	89,76	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2602	Olanzapinum	Olanzapine +pharma, tabl., 5 mg	30 szt.	05901720140067	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,72	47,21	46,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,80

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2603	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	28 tabl.	05909990793365	<1>2019-05-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,19	92,25	87,01	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,44
2604	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 tabl.	05909990793389	<1>2019-05-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,19	92,25	87,01	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	8,44
2605	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05909991230593	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	278,10	311,29	304,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	17,19
2606	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	98 tabl.	05909991230616	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	261,36	293,71	293,71	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2607	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 tabl.	05909990793402	2017-05-01	5 lat	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,36	173,08	173,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2608	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	28 tabl.	05909990793341	<1>2019-05-01/<2>2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,27	46,39	43,51	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,08
2609	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabl. powł., 5 mg	98 szt.	05909991230586	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	138,02	160,21	152,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	13,17
2610	Olanzapinum	Olanzapine Apotex, tabletki ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	98 tabl.	05909991230609	2017-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	130,68	152,49	152,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,45
2611	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990865956	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,93	55,23	55,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2612	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990866021	2019-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,40	78,78	78,78	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2613	Olanzapinum	Olanzapine Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990865901	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	20,47	29,80	29,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2614	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990763467	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,62	94,81	87,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,00
2615	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990763481	2021-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,94	138,15	130,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	12,11
2616	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990763498	2021-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,25	181,36	174,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	13,30
2617	Olanzapinum	Olanzapine Lekam, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990763443	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,31	49,59	43,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,28
2618	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05901878600451	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	60,48	75,75	75,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2619	Olanzapinum	Olanzapine Mylan, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05902020926870	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	200,88	230,20	230,20	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,45
2620	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990766901	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	60,48	75,75	75,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2621	Olanzapinum	Olanzaran, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990767052	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	60,48	75,75	75,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2622	Olanzapinum	Olanzaran, tabl., 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990766895	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	30,24	40,06	40,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2623	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990637218	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	72,71	88,60	87,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,79
2624	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991369781	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	57,24	72,75	72,75	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2625	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990637126	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,21	44,23	43,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,92
2626	Olanzapinum	Olanzin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991369743	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,08	38,13	38,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2627	Olanzapinum	Olazax, tabl., 10 mg	28 tabl.	05909990782246	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,44	89,36	87,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,55
2628	Olanzapinum	Olazax, tabl., 5 mg	28 tabl.	05909990782239	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,65	44,70	43,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,39
2629	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 tabl.	05909990782260	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,44	89,36	87,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,55
2630	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 tabl.	05909991094539	2019-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,32	132,25	130,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,21
2631	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 tabl.	05909990925186	2019-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	152,28	176,14	174,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	8,08
2632	Olanzapinum	Olazax Disperzi, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 tabl.	05909990782253	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,65	44,70	43,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,39

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2633	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990781805	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	69,12	84,83	84,83	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2634	Olanzapinum	Olpinat, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990781782	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,56	44,60	43,51	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	4,29
2635	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	112 szt.	05909991231910	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	309,66	345,39	345,39	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,95
2636	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05909991144265	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	313,20	349,66	349,66	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	12,80
2637	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990335367	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,32	94,49	87,01	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,68
2638	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990422241	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	83,92	100,77	93,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,74
2639	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990335374	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,03	181,13	174,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	13,07
2640	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990422258	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	167,83	192,87	186,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	12,81
2641	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991066000	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	251,75	283,07	279,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	12,98
2642	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	112 szt.	05909991231927	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	154,83	178,82	174,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,76



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2643	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05909991144258	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	156,60	181,08	181,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,40
2644	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990335343	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,16	49,43	43,51	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,12
2645	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990422265	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,96	52,71	46,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,30
2646	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990335350	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,52	94,70	87,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,89
2647	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909990422272	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	83,92	100,77	93,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,74
2648	Olanzapinum	Olzapin, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991065942	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	125,87	146,89	139,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,85
2649	Olanzapinum	Ranofren, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990640287	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	81,35	97,67	87,01	Schizofrenia	choroba Huntingtona	ryczałt	13,86
2650	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05903792743061	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	49,03	63,73	63,73	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2651	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05901878600123	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	64,80	80,29	80,29	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2652	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	28 szt.	05902023777769	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,96	82,56	82,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2653	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990069866	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,79	89,73	87,01	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,92
2654	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991081911	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,79	89,73	87,01	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	5,92
2655	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	70 szt.	05909990069897	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	192,77	219,75	217,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,69
2656	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 10 mg	70 szt.	05909990069361	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	192,77	219,75	217,53	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,69
2657	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990069958	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	110,68	130,52	130,52	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2658	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	70 szt.	05909990069989	2021-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	289,16	323,38	323,38	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	11,20
2659	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990070008	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	147,57	171,20	171,20	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2660	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	70 szt.	05909990070046	2021-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	385,55	427,01	427,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,93
2661	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05901878600826	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,49	34,02	34,02	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2662	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	28 szt.	05903792743078	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	24,52	34,06	34,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2663	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990069705	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,89	47,04	43,51	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,73
2664	Olanzapinum	Zalasta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991081812	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,89	47,04	43,51	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,73
2665	Olanzapinum	Zalasta, tabl., 5 mg	70 szt.	05909990069293	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	96,39	114,55	108,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,51
2666	Olanzapinum	Zalasta, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	70 szt.	05909990069750	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	96,39	114,55	108,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,51
2667	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	120 szt.	05906414000610	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	337,48	375,15	372,91	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	15,04
2668	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990917013	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	87,16	104,17	93,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	14,14
2669	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 10 mg	30 szt.	05909991064716	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	87,16	104,17	93,23	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	14,14
2670	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991191184	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	261,47	293,27	279,69	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	23,18
2671	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05906414002737	2019-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	118,00	138,63	138,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
2672	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05906414002744	2019-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	354,00	393,54	393,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2673	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05906414002751	2019-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,33	181,85	181,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
2674	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05906414002768	2019-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	472,00	520,55	520,55	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	19,20
2675	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	120 szt.	05906414000603	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	168,74	193,83	186,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	13,77
2676	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909991064518	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,99	50,64	46,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,23
2677	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990916917	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,58	54,41	46,61	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	11,00
2678	Olanzapinum	Zolafren, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991191177	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	130,73	152,00	139,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	16,96
2679	Olanzapinum	Zolafren, kaps. twarde, 7.5 mg	30 szt.	05909991064617	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	59,99	73,72	69,92	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	7,00
2680	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	112 szt.	05906414000696	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	314,98	350,98	348,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	14,88
2681	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990775682	<1>2022-01-01-<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,73	97,02	87,01	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	13,21
2682	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	84 szt.	05906414000665	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	237,59	267,78	261,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	15,70

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2683	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	112 szt.	05906414000702	2019-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	472,47	520,21	520,21	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,92
2684	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990775712	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,10	141,47	130,52	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	15,43
2685	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	84 szt.	05906414000672	2019-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	356,38	395,42	391,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,30
2686	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	112 szt.	05906414000719	2019-07-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	629,96	689,45	689,45	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	23,89
2687	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990775729	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	161,47	185,79	174,03	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,73
2688	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	84 szt.	05906414000689	2019-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	475,18	523,06	522,08	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	18,90
2689	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	112 szt.	05906414000658	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,49	181,61	174,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	13,55
2690	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990775675	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,36	50,69	43,51	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,38
2691	Olanzapinum	Zolafren-swift, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	84 szt.	05906414000641	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	118,79	139,04	130,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	13,00
2692	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097011	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	79,92	96,57	93,23	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,54

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2693	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05903060609709	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	247,85	278,97	278,97	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,60
2694	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909990849581	2019-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	127,33	148,43	139,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	13,39
2695	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05903060609716	2019-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	374,71	415,29	415,29	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,40
2696	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990849635	2019-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	174,96	200,36	186,46	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	20,30
2697	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05903060609723	2019-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	503,50	553,63	553,63	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	19,20
2698	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096816	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,19	49,80	46,61	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,39
2699	Olanzapinum	Zolaxa, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05903060609693	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	121,19	141,98	139,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,94
2700	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990892129	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,72	93,85	87,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	10,04
2701	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	56 szt.	05909990892143	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	157,25	181,36	174,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	13,30
2702	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990892150	2019-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	119,75	140,05	130,52	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	14,01

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2703	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	56 szt.	05909990892174	2021-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	240,41	270,74	261,04	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	18,66
2704	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990892303	2019-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	161,48	185,80	174,03	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	17,74
2705	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	56 szt.	05909990892341	2021-11-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	322,96	359,36	348,05	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	23,26
2706	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990892082	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,89	47,04	43,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	6,73
2707	Olanzapinum	Zolaxa Rapid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	56 szt.	05909990892105	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	76,81	92,90	87,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	9,09
2708	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990914647	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	62,91	78,31	78,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2709	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 15 mg	28 szt.	05909990914654	2021-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,68	123,17	123,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,48
2710	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 20 mg	28 szt.	05909990914661	2021-03-01	3 lata	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	120,96	143,26	143,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,97
2711	Olanzapinum	Zopridoxin, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990914630	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.2, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,10	40,97	40,97	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	choroba Huntingtona	ryczałt	3,20
2712	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 210 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686803	2022-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpsychotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	546,48	600,74	600,74	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2713	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686827	2022-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	785,78	858,20	858,20	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychicznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
2714	Olanzapinum	ZypAdhera, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 405 mg	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + 1 strzykawka + 3 igły	05909990686834	2022-01-01	3 lata	178.4, Leki przeciwpyszotyczne - olanzapina do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	1060,84	1154,23	1154,23	Schizofrenia u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia olanzapiną w postaci doustnej, w przypadku nawrotu objawów psychicznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	4,32
2715	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439	2021-03-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	153,09	177,10	173,53	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	55,63
2716	Omeprazolom	Agastin 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990068425	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,56	11,33	11,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,67
2717	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990880225	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,10	19,26	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,63
2718	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909991140779	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	19,73	26,08	26,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,04
2719	Omeprazolom	Bioprazol, kaps. dojelitowe twarde, 40 mg	56 szt.	05909991140809	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	30,51	40,31	40,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	20,16
2720	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272418	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,35	9,01	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,51
2721	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991292980	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,35	9,01	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,51



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2722	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420537	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,88	15,86	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,23
2723	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kapsułki dojelitowe, twarde, 20 mg	56 szt.	05909991292997	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,69	16,57	16,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,29
2724	Omeprazolom	Gasec-20 Gastrocaps, kaps., 20 mg	56 szt.	05909990420544	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	24,30	30,87	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	17,61
2725	Omeprazolom	Goprazol 20 mg, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt. (4 blist. po 7 szt.)	05909990077663	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,26	12,06	12,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,03
2726	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	14 szt. (but. 20 ml)	05909990420612	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,50	8,75	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,44
2727	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990420629	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	13,00	17,04	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,41
2728	Omeprazolom	Helicid 20, kaps., 20 mg	90 szt.	05909990422654	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	35,96	44,90	42,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	23,59
2729	Omeprazolom	Helicid Forte, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990921324	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,15	28,61	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	15,35
2730	Omeprazolom	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991274467	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,37	9,03	9,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,52
2731	Omeprazolom	Heligen Neo, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991274511	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,74	16,63	16,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,32

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2732	Omeprazol	Omeprazol Aurobindo, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	0590999020747	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,48	10,19	10,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,10
2733	Omeprazol	Omeprazole Genoptim, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990668779	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,46	10,17	10,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,09
2734	Omeprazol	Omeprazole Genoptim, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991271442	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,70	18,69	18,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,35
2735	Omeprazol	Omeprazolium 123ratio / Omeprazol Teva, kaps. dojel. twarde, 20 mg	1 but.po 28 szt.	05909990659456	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,26	12,06	12,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,03
2736	Omeprazol	Polprazol, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990772667	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	16,20	20,40	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	13,77
2737	Omeprazol	Polprazol PPH, kaps. dojel. twarde, 40 mg	28 szt.	05909990077731	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	24,82	31,41	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	18,15
2738	Omeprazol	Prazol, kaps., 20 mg	28 szt.	05909990772933	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,56	18,68	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,05
2739	Omeprazol	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 20 mg	28 szt.	05909991272753	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,18	8,83	8,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,42
2740	Omeprazol	Prenome, kaps. dojelitowe, twarde, 40 mg	28 szt.	05909991272739	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,64	14,42	14,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,21
2741	Omeprazol	Progestim, kaps. dojel., 20 mg	1 but.po 28 szt.	05909990635450	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	10,21	14,11	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,48

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2742	Omeprazolom	Ultep, kaps. dojel. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990796298	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,10	16,10	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	9,47
2743	Omeprazolom	Ultep, kaps. dojel., 20 mg	56 tabl.	05909990796359	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,68	29,16	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	15,90
2744	Omeprazolom	Ultep, kaps. dojel., 40 mg	28 tabl.	05909990796533	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	22,68	29,16	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	15,90
2745	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postaci do podawania doustnego	34,45	44,10	44,10	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2746	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4 mg	10 szt.	05909990777044	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postaci do podawania doustnego	12,73	18,49	18,49	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2747	Ondansetronum	Ondansetron Bluefish, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 8 mg	10 szt.	05909990777150	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postaci do podawania doustnego	15,98	24,71	24,71	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2748	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909991394264	2020-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postaci do podawania doustnego	29,92	39,35	39,35	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2749	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990994717	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postaci do podawania doustnego	34,45	44,10	44,10	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
2750	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postaci do podawania doustnego	28,08	34,60	22,05	Nowotwory złośliwe		ryczałt	15,75
2751	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postaci do podawania doustnego	47,52	57,83	44,10	Nowotwory złośliwe		ryczałt	16,93

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2752	Ondansetronum	Zofran Zydis, liofilizat doustny, 8 mg	10 szt.	05909990888016	2022-01-01	3 lata	7.1, Leki przeciwwymiotne - antagoniści receptora serotoninowego - postacie do podawania doustnego	45,90	56,13	44,10	Nowotwory złośliwe		ryczałt	15,23
2753	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 150 mg	50 szt.	05909990048809	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	23,95	23,95	Padaczka		ryczałt	3,20
2754	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,64	45,53	45,53	Padaczka		ryczałt	3,20
2755	Oxcarbazepinum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	71,28	86,82	86,82	Padaczka		ryczałt	3,20
2756	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powł., 150 mg	50 tabl.	05909991303518	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	17,71	23,84	23,84	Padaczka		ryczałt	3,20
2757	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powł., 300 mg	50 tabl.	05909991300661	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	35,42	45,31	45,31	Padaczka		ryczałt	3,20
2758	Oxcarbazepinum	Oxcarbazepin NeuroPharma, tabl. powł., 600 mg	50 tabl.	05909991300739	2020-09-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	70,85	86,37	86,37	Padaczka		ryczałt	3,20
2759	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480	2019-11-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	38,63	48,67	47,90	Padaczka		ryczałt	3,97
2760	Oxcarbazepinum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497	2019-11-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	81,00	97,03	95,80	Padaczka		ryczałt	4,43
2761	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615	2022-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	38,63	48,67	47,90	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2762	Oxcarbazepinum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115	2022-01-01	3 lata	160.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - płynne postacie farmaceutyczne	67,80	82,81	82,81	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
2763	Oxcarbazepinum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714	2022-01-01	3 lata	160.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - oksykarbazepina - stałe postacie farmaceutyczne	76,90	92,73	92,73	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
2764	Oxybutynini hydrochloridum	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991290887	2020-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	7,75	11,19	11,19	Stwardnienie rozsiane		30%	3,36
2765	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816	2022-01-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	16,31	22,03	22,03	Stwardnienie rozsiane		30%	6,61
2766	Oxybutyninum	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991239503	2019-05-01	3 lata	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	7,78	11,21	11,21	Stwardnienie rozsiane		30%	3,36
2767	Oxybutyninum	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991304140	2017-05-01	5 lat	75.1, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - oksybutynina	8,10	11,56	11,56	Stwardnienie rozsiane		30%	3,47
2768	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	59,40	72,28	63,29	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	12,19
2769	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	59,40	72,28	63,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,19
2770	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	118,80	138,65	126,58	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	15,27
2771	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	118,80	138,65	126,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,27
2772	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	237,60	267,39	253,17	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	19,91
2773	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	237,60	267,39	253,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,91
2774	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	475,20	522,29	506,33	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielooobojawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	27,34

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2775	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568	2021-09-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	475,20	522,29	506,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	27,34
2776	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	34,99	44,11	37,98	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	9,33
2777	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	34,99	44,11	37,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,33
2778	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	69,98	84,48	75,95	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	11,73
2779	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	69,98	84,48	75,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,73
2780	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	139,97	161,97	151,90	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	13,48
2781	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	139,97	161,97	151,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,48
2782	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	17,82	23,46	18,99	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	7,67
2783	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	17,82	23,46	18,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,67
2784	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	279,94	312,94	303,80	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	15,97
2785	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049	2022-01-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	279,94	312,94	303,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,97
2786	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	30,93	39,85	37,98	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	5,07
2787	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	30,93	39,85	37,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2788	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	61,86	75,95	75,95	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,20
2789	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	61,86	75,95	75,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2790	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	123,72	144,91	144,91	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,41
2791	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	123,72	144,91	144,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,41
2792	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	15,47	20,99	18,99	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	5,20
2793	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	15,47	20,99	18,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,20
2794	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	247,45	278,82	278,82	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	6,83
2795	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182	2021-11-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	247,45	278,82	278,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,83
2796	Oxycodoni hydrochloridum	Xanodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909991038670	2019-03-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	213,12	241,69	241,69	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	5,69
2797	Oxycodoni hydrochloridum	Xanodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909991038670	2019-03-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	213,12	241,69	241,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,69
2798	Oxycodoni hydrochloridum	Xanodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	100 szt.	05909991038724	2019-03-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	319,68	356,28	356,28	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	8,53
2799	Oxycodoni hydrochloridum	Xanodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	100 szt.	05909991038724	2019-03-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	319,68	356,28	356,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,53

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2800	Oxycodoni hydrochloridum	Xanodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909991038762	2019-03-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	426,24	470,88	470,88	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	11,38
2801	Oxycodoni hydrochloridum	Xanodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909991038762	2019-03-01	3 lata	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	426,24	470,88	470,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,38
2802	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05908289660425	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	82,08	98,86	98,86	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2803	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05908289660432	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	164,70	189,62	189,62	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2804	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05908289660449	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	329,40	366,74	366,74	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2805	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxyduo, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05908289660418	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	41,58	52,34	50,52	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	1,82
2806	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05909991381677	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	32,72	43,03	43,03	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2807	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05909991381783	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	65,45	81,40	81,40	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2808	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 szt.	05909991381899	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	130,90	154,13	154,13	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2809	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxylaxon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05909991381561	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	18,47	25,03	25,03	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2810	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 tabl.	05909991327958	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	39,85	50,52	50,52	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2811	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 tabl.	05909991327989	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	79,70	96,37	96,37	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2812	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 tabl.	05909991328184	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	79,70	96,37	96,37	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2813	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 tabl.	05909991328214	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	159,41	184,06	184,06	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2814	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	30 tabl.	05909991328405	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	159,41	184,06	184,06	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2815	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Oxynador, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 tabl.	05909991328436	2019-09-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	318,82	355,63	355,63	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2816	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05909990741366	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	82,08	98,86	98,86	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2817	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05909990741472	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	168,26	193,35	193,35	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2818	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05909990741595	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	329,40	366,74	366,74	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2819	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Targin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05909990741878	2019-05-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	43,20	54,04	50,52	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	3,52
2820	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	30 szt.	05907626708127	2019-03-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	39,96	50,64	50,52	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,12
2821	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 10+5 mg	60 szt.	05907626708134	2019-03-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	79,92	96,60	96,60	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2822	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	30 szt.	05907626708141	2019-03-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	79,92	96,60	96,60	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2823	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 20+10 mg	60 szt.	05907626708158	2019-03-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	159,84	184,51	184,51	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2824	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 40+20 mg	60 szt.	05907626708196	2019-03-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	319,68	356,53	356,53	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,00
2825	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	30 szt.	05907626708103	2019-03-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	19,98	26,62	25,26	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	1,36
2826	Oxycodoni hydrochloridum + Naloxoni hydrochloridum	Xanconalon, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 5+2,5 mg	60 szt.	05907626708110	2019-03-01	3 lata	150.4, Opioidowe leki przeciwbólowe – oksykodon w połączeniach	39,96	50,64	50,52	Ból w przebiegu chorób nowotworowych – u pacjentów, u których występują zaparcia poopoioidowe		bezpłatny do limitu	0,12
2827	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909991250850	2017-03-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	38,88	48,19	37,98	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	13,41
2828	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909991250850	2017-03-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	38,88	48,19	37,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,41
2829	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909991250874	2017-03-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	69,98	84,48	75,95	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	11,73
2830	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909991250874	2017-03-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	69,98	84,48	75,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,73
2831	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	29,69	38,54	37,98	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	3,76
2832	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	29,69	38,54	37,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,76
2833	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	63,44	77,61	75,95	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	4,86
2834	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	63,44	77,61	75,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,86
2835	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	134,48	156,20	151,90	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wieloobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	7,71

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2836	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	134,48	156,20	151,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,71
2837	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	17,06	22,66	18,99	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	6,87
2838	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	17,06	22,66	18,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	6,87
2839	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	280,36	313,38	303,80	Neuralgia popółpaścowa przewlekła; Nowotwory złośliwe; Wielobjawowy miejscowy zespół bólowy typu I - odruchowa dystrofia współczulna oraz typu II – kausalgia		ryczałt	16,41
2840	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940	2018-01-01	5 lat	150.1, Opioidowe leki przeciwbólowe - oksykodon	280,36	313,38	303,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	16,41
2841	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 263 mg	1 amp.-strz. 1,315ml + 2 igły	05909991281465	2022-01-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	3372,13	3612,32	3612,32	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperidonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	0,00
2842	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 350 mg	1 amp.-strz. 1,75ml + 2 igły	05909991281472	2022-01-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	4487,62	4797,83	4797,83	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperidonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	0,00
2843	Paliperidonum	Trevicta, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 525 mg	1 amp.-strz. 2,625ml + 2 igły	05909991281489	2022-01-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	6731,42	7182,50	7182,50	Leczenie podtrzymujące schizofrenii u dorosłych pacjentów ustabilizowanych klinicznie na palmitynianie paliperidonu podawanym we wstrzyknięciach co 1 miesiąc		bezpłatny do limitu	0,00
2844	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861194	2020-09-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	1270,81	1379,23	1379,20	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychiatrycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2845	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861200	2020-09-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpyszotyczne - rysperydon i paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	1919,79	2068,85	2068,80	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,05
2846	Paliperidonum	Xeplion, zawiesina do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	1 amp.-strz. + 2 igły	05909990861187	2020-09-01	2 lata	178.6, Leki przeciwpyszotyczne - rysperydon i paliperidon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	949,86	1034,42	1034,40	Leczenie schizofrenii u dorosłych pacjentów, u których uzyskano odpowiednią stabilizację podczas leczenia rysperydonem lub paliperidonem, w przypadku nawrotu objawów psychotycznych w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		bezpłatny do limitu	0,02
2847	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kapsułki, 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164	<1>2017-09-01/<2>2022-01-01	<1>5 lat/<2>3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	26,77	34,83	34,83	<2>Stany zewnątrzwydzielniczej niewydolności trzustki spowodowane przewlekłym zapaleniem trzustki, resekcją żołądka lub zwężeniem dróg żółciowych spowodowanym chorobą nowotworową		30%	10,45
2848	Pancreatinum	Lipancrea 16 000, kapsułki, 16000 j.Ph. Eur. Lipazy	60 szt.	05909990723164	<1>2017-09-01/<2>2022-01-01	<1>5 lat/<2>3 lata	13.0, Enzymy trzustkowe	26,77	34,83	34,83	<1>Mukowicydoza; Stan po resekcji trzustki		bezpłatny do limitu	0,00
2849	Pantoprazolum	Anesteloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990621026	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,70	11,06	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	7,75
2850	Pantoprazolum	Anesteloc 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990621040	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,09	19,23	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,60
2851	Pantoprazolum	Contix, tabl. powł., 20 mg	112 szt. (8 blist.po 14 szt.)	05909991246525	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	17,50	23,73	23,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	11,87
2852	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 20 mg	14 szt.	05909991128814	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,46	4,59	3,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	2,94
2853	Pantoprazolum	Contix, tabl. powł., 40 mg	112 szt. (8 blist.po 14 szt.)	05909991246532	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	34,99	45,01	45,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	22,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2854	Pantoprazolum	Contix, tabl. dojel., 40 mg	14 szt.	05909991128418	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,77	9,03	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,72
2855	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990478767	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,61	4,75	3,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,10
2856	Pantoprazolum	Controloc 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990478774	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,21	9,49	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,18
2857	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	14 szt. (1 blist.po 14 szt.)	05909990689842	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,50	8,75	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,44
2858	Pantoprazolum	Controloc 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689859	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,99	17,03	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,40
2859	Pantoprazolum	Gastrostad, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990653409	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,67	7,87	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,56
2860	Pantoprazolum	Gastrostad, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990653539	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,34	15,30	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,67
2861	Pantoprazolum	Gerdin 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991245399	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,77	6,93	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,62
2862	Pantoprazolum	Gerdin 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991245337	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,16	13,01	13,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,51
2863	Pantoprazolum	IPP 20, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990085033	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,55	9,85	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2864	Pantoprazolum	IPP 40, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990082643	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,01	19,15	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,52
2865	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645640	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	5,78	7,99	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	4,68
2866	Pantoprazolum	Noacid, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645732	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	11,56	15,53	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	8,90
2867	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 20 mg	90 szt.	05909990845521	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	15,28	20,63	20,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,32
2868	Pantoprazolum	Nolpaza, tabl. dojel., 40 mg	90 szt.	05909990845552	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	30,56	39,23	39,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	19,62
2869	Pantoprazolum	Nolpaza 20, tabl. dojel., 20 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990075041	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,85	16,88	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,25
2870	Pantoprazolum	Nolpaza 20 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990075003	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,48	8,72	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,41
2871	Pantoprazolum	Nolpaza 40, tabl. dojel., 40 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990075126	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	25,70	32,34	26,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	19,08
2872	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	28 szt.	05909991448967	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,34	11,10	11,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,55
2873	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990075089	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,96	17,00	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2874	Pantoprazolum	Nolpaza 40 mg tabletki dojelitowe, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05909991448974	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,69	20,77	20,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,39
2875	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990892761	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,32	6,46	6,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,23
2876	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 20 mg	56 tabl.	05909991186371	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,49	13,35	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,72
2877	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990892853	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,64	12,46	12,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,23
2878	Pantoprazolum	Ozzion, tabl. dojel., 40 mg	56 tabl.	05909991186418	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	19,00	25,30	25,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,65
2879	Pantoprazolum	Pamyl 20 mg, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991046897	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,73	5,84	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	2,92
2880	Pantoprazolum	Pamyl 40 mg, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991046941	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,47	12,28	12,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,14
2881	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990817184	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,80	6,96	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,65
2882	Pantoprazolum	Panprazox, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990817320	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,61	13,48	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,85
2883	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990698974	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,75	6,91	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,60

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2884	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 20 mg	56 szt.	05909990698981	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,07	12,90	12,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,45
2885	Pantoprazolum	Panrazol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990699209	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,50	13,37	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,74
2886	Pantoprazolum	Pantoprazol Vitama, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991202040	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	3,73	5,84	5,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	2,92
2887	Pantoprazolum	Pantoprazol Vitama, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991202101	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,45	11,21	11,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,61
2888	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990793907	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,10	6,23	6,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,12
2889	Pantoprazolum	Pantoprazole Bluefish, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990794188	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,21	12,01	12,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,01
2890	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909991139759	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	4,21	6,34	6,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	3,17
2891	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05907553017927	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,46	11,22	11,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,61
2892	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909991035631	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	8,86	12,69	12,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,35
2893	Pantoprazolum	Pantoprazole Genoptim, tabl. dojelitowe, 40 mg	56 szt.	05907553017934	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,93	21,03	21,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,52



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2894	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652334	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	7,44	9,73	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,42
2895	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojelitowe, 20 mg	56 szt.	05909991069681	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	9,61	13,48	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	6,85
2896	Pantoprazolum	Panzol, tabl. dojel., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990652372	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	14,88	19,01	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	12,38
2897	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 20 mg	28 szt.	05909990730100	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	6,43	8,67	6,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	5,36
2898	Pantoprazolum	Ranloc, tabl. dojel., 40 mg	28 szt.	05909990730179	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	2.0, Inhibitory pompy protonowej - stosowane doustnie	12,85	16,88	13,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zapalenie błony śluzowej żołądka u dzieci poniżej 2 roku życia	50%	10,25
2899	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,96	17,00	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,88
2900	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powł., 20 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990425877	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	14,26	18,36	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,24
2901	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powł., 20 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990425884	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	28,51	35,30	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,06
2902	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 tabl.	05909991323615	2019-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,96	12,80	12,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,84
2903	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	60 tabl.	05909991323646	2019-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	17,93	24,20	24,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,26
2904	Paroxetinum	Paroxetine Vitama, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990655724	2019-09-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	8,32	12,13	12,13	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,64

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2905	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990798346	2019-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,18	13,03	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,91
2906	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990010189	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	14,58	18,70	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,58
2907	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990010202	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	29,16	35,98	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,74
2908	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991006310	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	14,47	18,57	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,45
2909	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990570515	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	11,61	15,58	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,46
2910	Penicillaminum	Cuprenil, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990126217	2020-03-01	3 lata	239.0, Leki chelatujące miedź - penicylamina	47,63	59,51	59,51	Choroba Wilsona		ryczałt	3,20
2911	Perazinum	Perazin 100 mg, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990858514	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	7,45	10,61	10,61	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2912	Perazinum	Perazin 200mg, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991033453	2018-03-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	14,90	20,20	20,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2913	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990858415	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,16	2,78	1,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,00
2914	Perazinum	Perazin 25 mg, tabl., 25 mg	50 tabl.	05909990914838	2018-01-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	3,02	4,45	4,45	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2915	Perazinum	Perazin 50mg, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991033422	2018-03-01	5 lat	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	3,62	5,32	5,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00
2916	Perazinum	Pemazinum, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990199518	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	7,55	10,72	10,68	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,04
2917	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990202614	2022-01-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	2,21	2,83	1,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	1,05
2918	Perazinum	Pemazinum, tabl., 25 mg	60 szt.	05906745439141	2020-11-01	3 lata	176.0, Leki przeciwpsychotyczne - perazyna	3,67	5,36	5,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,02

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2919	Perindoprilu tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991137571	2019-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,73	28,92	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,77
2920	Perindoprilu tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991137526	2019-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,73	28,92	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,77
2921	Perindoprilu tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991137472	2019-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,01	17,39	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,31
2922	Perindoprilu tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991137212	2019-11-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,01	17,39	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	15,31
2923	Perindoprilu tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	25,63	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	21,48
2924	Perindoprilu tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,75	7,90	2,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	7,90
2925	Perindoprilu tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	15,81	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,73
2926	Perindoprilum	Prelessa, tabl., 4 mg	30 szt. (1 x 30 szt.)	05909990569311	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,64	12,80	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,72
2927	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 tabl.	05909990908189	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,53	41,26	15,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	35,03
2928	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 tabl.	05909990908158	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,53	41,26	15,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	35,03

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2929	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 tabl.	05909990908264	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,96	80,68	31,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	68,23
2930	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 tabl.	05909990908233	2018-01-01	5 lat	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	70,96	80,68	31,65	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	68,23
2931	Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prelessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167	2019-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	25,63	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	21,48
2932	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990336081	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,20	34,66	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	30,51
2933	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990337774	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,15	21,74	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,66
2934	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400	2021-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,78	31,07	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,92
2935	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332	2021-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,78	31,07	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	26,92
2936	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387	2021-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,55	20,05	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,97
2937	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301	2021-03-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,55	20,05	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	17,97
2938	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,60	40,33	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	36,18

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
2939	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,46	26,26	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,18
2940	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,60	40,33	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	36,18
2941	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,46	26,26	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,18
2942	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614	2020-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postaci do podawania doustnego	4,27	6,27	6,27	Padaczka		ryczałt	3,20
2943	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615	2022-01-01	3 lata	155.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenobarbital - postaci do podawania doustnego	4,32	6,33	6,27	Padaczka		ryczałt	3,26
2944	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m.	30 tabl.	05909990071029	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postaci farmaceutyczne	21,38	28,23	28,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
2945	Phenoxymethylpenicillinum	Ospen 750, zawiesina doustna, 750000 j.m./5 ml	150 ml	05909990363223	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.4, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - płynne postaci farmaceutyczne	25,65	33,48	33,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20
2946	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m.	12 szt.	05909990070916	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postaci farmaceutyczne	5,79	8,33	7,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,96
2947	Phenoxymethylpenicillinum kalicum	Ospen 1000, tabl. powł., 1000000 j.m.	30 szt.	05909990070923	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postaci farmaceutyczne	14,53	19,81	19,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	3,20

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2948	Phenoxyethylpenicillinum kalicum	Ospen 1500, tabl. powł., 1500000 j.m.	12 szt.	05909990071012	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	88.3, Penicylina do stosowania doustnego - penicylina fenoksymetylowa - stałe postacie farmaceutyczne	8,69	12,24	11,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	zakażenia u pacjentów po autologicznym lub allogenicznym przeszczepie szpiku - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z zaburzeniami odporności - profilaktyka; zakażenia u pacjentów z chorobami rozrostowymi układu krwiotwórczego - profilaktyka	ryczałt	4,08
2949	Phenytoinum	Phenytoinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990093519	2022-01-01	3 lata	156.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - fenytoina	10,80	15,11	15,11	Padaczka		ryczałt	3,20
2950	Phytomenadionum (vit. K1)	Vitacon, tabl. drażowane, 10 mg	30 szt.	05909990772810	2022-01-01	3 lata	25.0, Witamina K i inne leki hemostatyczne - fytomenadion	32,24	41,43	41,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2951	Pilocarpini hydrochloridum	Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990237524	2022-01-01	3 lata	211.0, Leki przeciwjaskrowe - parasympatykomimetyki - pilokarpina	8,86	12,59	12,59	Jaskra		30%	3,78
2952	Piribedilum	Pronoran, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990846320	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	20,11	25,93	19,44	Choroba i zespół Parkinsona		30%	12,32
2953	pojedyncze alergoidy pyłków roślin	Purethal, zawiesina do wstrzykiwań, 500 AUM/ml	1 fiol.po 3 ml + 8 strz. z igłą	05909990975310	2022-01-01	3 lata	214.4, Alergeny pyłków roślin - produkty do leczenia podtrzymującego	213,92	242,74	242,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
2954	Posaconazolum	Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05055565754351	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	648,00	709,88	708,75	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	4,33

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2955	Posaconazolium	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	734,40	800,60	708,75	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	95,05
2956	Posaconazolium	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	648,00	709,88	708,75	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	4,33

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2957	Posaconazolium	Posaconazole Sandoz, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	07613421033408	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	907,20	982,04	708,75	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	276,49
2958	Posaconazolium	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	646,92	708,75	708,75	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	3,20



1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
2959	Posaconazolom	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.0, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - pochodne triazolu - posaconazol	680,40	743,90	708,75	Zapobieganie inwazyjnym zakażeniom grzybiczym u pacjentów po przeszczepieniu szpiku (HSCT), którzy otrzymują duże dawki leków immunosupresyjnych z powodu choroby przeszczep przeciwko gospodarzowi i u których jest duże ryzyko rozwoju inwazyjnych zakażeń grzybiczych	<1> zespół mielodysplastyczny (MDS) u dzieci poniżej 18 roku życia przygotowywanych do przeszczepienia komórek krwiotwórczych; stan po przeszczepieniu krwiotwórczych komórek macierzystych u dzieci poniżej 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze, do czasu stabilnego wszczepienia i zakończenia leczenia immunosupresyjnego; <2> przewlekła choroba ziarniniakowa charakteryzująca się wysoką częstością grzybiczych zakażeń narządowych; ostra białaczka limfoblastyczna u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; chłoniaki złośliwe u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii; nowotwory lite u dzieci do 18 roku życia - wtórna profilaktyka przeciwgrzybicza, ukierunkowana na wcześniej występujące zakażenia grzybicze - do czasu zakończenia chemioterapii	ryczałt	38,35
2960	Pramipexolum	Oprymeia, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773	2020-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	15,66	21,18	19,05	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)	30%	7,85	
2961	Pramipexolum	Oprymeia, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,05 mg	30 szt.	05909991238582	2020-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	38,34	48,71	46,66	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)	30%	16,05	
2962	Pramipexolum	Oprymeia, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1,57 mg	30 szt.	05909991238629	2020-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	56,70	69,99	69,99	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)	30%	21,00	

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2963	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2.1 mg	30 szt.	05909991238667	2020-11-01	3 lata	170.0. Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	76,68	92,95	92,95	Leczenie objawów idiopatycznej choroby Parkinsona u dorosłych, w monoterapii (bez lewodopy) lub w skojarzeniu z lewodopą, tzn. w czasie trwania choroby, do jej późnych okresów, kiedy działanie lewodopy słabnie lub staje się nierówne i występują wahania skuteczności leczenia (wyczerpanie dawki lub efekt przełączania-zjawisko „on-off”)		30%	27,89
2964	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	82.4. Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	9,61	12,72	8,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; stan po przeszczepie nerki u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,14
2965	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	82.4. Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednisolon	27,00	35,10	35,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	autoimmunizacyjne zapalenie trzustki u dzieci do 18 roku życia; eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; stan po przeszczepie nerki u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,27
2966	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata - dla kolumny 13	82.5. Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,45	8,20	1,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	8,20
2967	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416	2020-11-01	3 lata	82.5. Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	7,45	8,20	1,18	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	7,02
2968	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5. Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	16,20	20,34	11,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynofilowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,70
2969	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312	2019-11-01	3 lata	82.5. Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	16,20	20,34	11,84	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	8,50

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2970	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	21,60	27,95	23,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynoflowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	8,54
2971	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411	2019-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	21,60	27,95	23,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,27
2972	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2021-11-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2019-09-01/<3>2019-11-01/<4>2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	22,45	29,60	29,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynoflowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,33
2973	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192	2021-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	22,45	29,60	29,60	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
2974	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3>3 lata/<4>2 lata - dla kolumny 13	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	9,72	12,09	5,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>eozynoflowe zapalenie jelit u dzieci do 18 roku życia; <2>miastenia; zespół miasteniczny; miopatia zapalna; neuropatia zapalna (z wyjątkiem zespołu Guillaina - Barrego); <3>obturacyjne choroby płuc - w przypadkach innych niż określone w ChPL; choroby autoimmunizacyjne - w przypadkach innych niż określone w ChPL; stan po przeszczepie narządu, kończyny, tkanek, komórek lub szpiku; <4>miopatia wrodzona u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,37
2975	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185	2019-11-01	3 lata	82.5, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - prednison	9,72	12,09	5,92	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,17
2976	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	18,77	25,37	25,37	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2977	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	84,24	101,17	101,17	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2978	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	84,67	101,61	101,61	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2979	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	85,22	102,20	101,80	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,60
2980	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	11,04	15,20	12,73	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,67
2981	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg	56 szt.	05901878600543	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	40,18	50,90	50,90	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2982	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	40,20	50,93	50,90	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,23
2983	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	90,72	108,28	108,28	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2984	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 300 mg	60 szt.	05909991378356	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	181,44	207,53	207,53	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
2985	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	45,36	56,65	54,54	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,31
2986	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	25,92	37,34	37,34	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
2987	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	31,32	45,61	45,61	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2988	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	38,88	54,94	54,94	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,98
2989	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	14,58	20,97	20,97	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2990	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	20,52	30,27	30,27	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2991	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kapsułki twarde, 150 mg	70 kaps.	05907626705072	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	108,54	127,74	127,25	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,22
2992	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kapsułki twarde, 75 mg	70 kaps.	05907626704839	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	242.0, Leki działające na układ nerwowy - pregabalina	54,27	66,75	63,63	Leczenie dorosłych pacjentów z bólem neuropatycznym spowodowanym procesem nowotworowym	neuropatia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,32
2993	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	43,20	54,39	51,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	6,09
2994	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	86,40	103,75	103,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,13
2995	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	86,38	103,73	103,73	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	7,11
2996	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	21,60	28,58	25,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka i leczenie ciąży zagrożonej porodem przedwczesnym	ryczałt	5,85

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
2997	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355	2020-11-01	3 lata	65.1, Hormony płciowe - progestageny - progesteron stosowane doustnie i dopochwowo	11,58	14,70	7,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,12
2998	Propafenoni hydrochloridum	Polfenon, tabl. powł., 150 mg	20 szt.	05909990034123	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	30.0, Leki przeciwytrmiczne klasy I C - propafenon	5,29	7,72	7,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadkomorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL; nadkomorowe zaburzenia rytmu serca - profilaktyka nawrotów; zaburzenia rytmu serca w zespole WPW inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; komorowe zaburzenia rytmu serca inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
2999	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 40 mg	50 szt.	05909991033590	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,80	5,58	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczylniki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczylniki płaskie; naczylniki jamiste	ryczałt	3,20
3000	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	3,24	3,80	1,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczylniki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczylniki płaskie; naczylniki jamiste	ryczałt	3,80
3001	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	5,08	6,93	5,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczylniki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczylniki płaskie; naczylniki jamiste	ryczałt	4,55
3002	Propranololum	Propranolol Accord, tabletki powlekane, 10 mg	50 tabl.	05909991033507	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	2,43	2,95	1,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	napady anoksemiczne u dzieci do 18 roku życia - profilaktyka; niewydolność serca u dzieci do 18 roku życia; naczylniki wczesnoniemowlęce u dzieci do 18 roku życia; naczylniki płaskie; naczylniki jamiste	ryczałt	2,95
3003	Pyrazinamidum	Pyrazinamid Farmapol, tabl., 500 mg	250 szt.	05909990263516	2022-01-01	3 lata	113.0, Leki przeciwprątkowe - inne - pyrazinamid	135,00	157,34	157,34	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3004	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2022-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykominetyczne - bromek pirydostygminy	98,13	116,69	116,69	Miastenia		ryczałt	5,33
3005	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421	2022-01-01	3 lata	188.0, Leki parasympatykominetyczne - bromek pirydostygminy	98,13	116,69	116,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	35,01
3006	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 100 mg	60 tabl.	05909990910762	2019-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,28	50,73	50,54	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,39
3007	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 200 mg	60 tabl.	05909990910779	2019-09-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	80,57	97,02	97,02	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3008	Quetiapinum	ApoTiapina, tabl. powł., 25 mg	30 tabl.	05909990897780	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,83	8,10	6,32	Schizofrenia, Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem	ryczałt	4,98
3009	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990719853	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,94	43,03	43,03	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3010	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990720163	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,96	82,73	82,73	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3011	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990719389	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,51	7,77	6,32	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem	ryczałt	4,65
3012	Quetiapinum	Bonogren, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990720309	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	100,44	119,90	119,90	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3013	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991326319	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	68,04	83,86	83,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3014	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991326371	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	103,68	123,30	123,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3015	Quetiapinum	Bonogren SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991326432	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	140,40	163,84	163,84	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3016	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990806362	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,50	46,77	46,77	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3017	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990806386	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,01	89,08	89,08	Schizofrenia		ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3018	Quetiapinum	Etiagen, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990806355	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,72	7,98	6,32	Schizofrenia	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem	ryczałt	4,86
3019	Quetiapinum	Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909991209858	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,21	45,41	45,41	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3020	Quetiapinum	Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991210021	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	52,92	66,01	66,01	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3021	Quetiapinum	Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991210199	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,20	86,13	86,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3022	Quetiapinum	Etiagen XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991209728	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,80	12,71	12,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,27
3023	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990722365	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	35,37	45,58	45,58	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3024	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990722426	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	70,74	86,70	86,70	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3025	Quetiapinum	Kefrenex, tabl. powł., 300 mg	60 szt. (6 blist, po 10 szt.)	05909990722327	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,40	133,51	133,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3026	Quetiapinum	Ketilept 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990055562	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,49	48,85	48,85	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3027	Quetiapinum	Ketilept 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990055593	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyschotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,91	92,13	92,13	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3028	Quetiapinum	Ketilept 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990055531	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,83	8,10	6,32	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem	ryczałt	4,98
3029	Quetiapinum	Ketilept 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990055630	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,55	133,67	133,67	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3030	Quetiapinum	Ketilept Retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991219420	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,59	69,86	69,86	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3031	Quetiapinum	Ketilept Retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219468	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,46	91,65	91,65	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3032	Quetiapinum	Ketilept Retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219505	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,19	133,29	133,29	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3033	Quetiapinum	Ketilept Retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991219543	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	150,93	174,90	174,90	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3034	Quetiapinum	Ketilept Retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991219383	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,87	25,27	25,27	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3035	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	100 szt.	05909990058785	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	63,83	78,12	78,12	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3036	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990058778	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,01	25,42	25,27	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,35
3037	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 100 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990081233	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,64	50,06	50,06	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3038	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	100 szt.	05909990058761	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	127,44	148,91	148,91	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	5,33
3039	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990058754	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,48	47,80	47,80	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3040	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 200 mg	60 szt. (6 blist. po 10 szt.)	05909990081196	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	77,22	93,50	93,50	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3041	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990058808	<1>2022-01-01/<2>2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	19,98	25,78	21,06	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	7,92
3042	Quetiapinum	Ketipinor, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990779062	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,27	132,32	132,32	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3043	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990430857	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,04	51,53	50,54	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,19
3044	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990430888	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	82,08	98,60	98,60	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3045	Quetiapinum	Ketrel, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990430840	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,94	8,22	6,32	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,10
3046	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991219901	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,74	90,90	90,90	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3047	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991219963	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,10	132,15	132,15	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3048	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991220020	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	149,47	173,35	173,35	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3049	Quetiapinum	Kvelux SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991219758	2022-01-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,34	13,28	12,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,84
3050	Quetiapinum	Kventiax 100 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 100 mg	60 szt.	05909990074143	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,58	47,90	47,90	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3051	Quetiapinum	Kventiax 200 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 200 mg	60 szt.	05909990074235	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,17	91,35	91,35	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3052	Quetiapinum	Kventiax 25 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 25 mg	30 szt.	05909990074068	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,18	7,42	6,32	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	4,30
3053	Quetiapinum	Kventiax 300 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 300 mg	60 szt.	05909990074280	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	112,75	132,83	132,83	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3054	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991205591	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	55,89	69,12	69,12	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3055	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991205676	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,52	90,67	90,67	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3056	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991205737	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	111,78	131,81	131,81	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3057	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991380922	2019-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	142,56	166,11	166,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3058	Quetiapinum	Kventiax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909991255367	2019-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,68	25,07	25,07	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3059	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990688234	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,04	51,53	50,54	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,19
3060	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909990688272	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	61,56	75,08	75,08	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3061	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990688296	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	82,08	98,60	98,60	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3062	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990688241	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,92	8,20	6,32	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	5,08
3063	Quetiapinum	Kwetaplex, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990688265	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	123,12	143,72	143,72	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3064	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05906414000894	2019-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,62	69,89	69,89	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3065	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990965373	2019-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	75,60	91,80	91,80	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3066	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909990965403	2019-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	113,40	133,51	133,51	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3067	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909990965441	2019-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	151,20	175,18	175,18	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3068	Quetiapinum	Kwetaplex XR, tabl. powł., 50 mg	30 tabl.	05909990965335	2019-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	9,34	13,28	12,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,84
3069	Quetiapinum	Pinexet 100 mg, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990788590	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	39,95	50,39	50,39	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3070	Quetiapinum	Pinexet 200 mg, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990788651	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	78,83	95,19	95,19	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3071	Quetiapinum	Pinexet 25 mg, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990788583	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,61	7,87	6,32	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z otępieniem	ryczałt	4,75
3072	Quetiapinum	Pinexet 300 mg, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990788675	<1>2022-01-01/<2>2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	117,82	138,15	138,15	<1>Schizofrenia; <2>Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3073	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991358570	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	56,52	69,79	69,79	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3074	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909991358648	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	66,94	82,71	82,71	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3075	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 szt.	05909991358792	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	100,42	119,88	119,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3076	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 szt.	05909991358945	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	140,38	163,82	163,82	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3077	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909991358495	2020-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,78	12,69	12,64	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,25

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3078	Quetiapinum	Questax XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	60 szt.	05909991435813	2021-11-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	200,82	229,30	229,30	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	9,60
3079	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990938544	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	36,61	46,88	46,88	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3080	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990938704	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	73,22	89,31	89,31	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3081	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05901384806057	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,70	6,92	6,32	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa	zaburzenia psychiczne inne niż wymienione w ChPL u pacjentów z ośpieniem	ryczałt	3,80
3082	Quetiapinum	Quetiapin NeuroPharma, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990938766	2021-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	109,84	129,77	129,77	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3083	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990736393	2019-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	37,26	47,56	47,56	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3084	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990736461	2019-03-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	74,52	90,67	90,67	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3085	Quetiapinum	Setinin, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05909990736492	2019-05-01	3 lata	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	111,24	131,24	131,24	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80
3086	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 tabl.	05909991087180	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	71,28	87,26	87,26	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3087	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	60 tabl.	05909991087258	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpyszotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	106,92	126,71	126,71	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	4,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3088	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	60 tabl.	05909991087302	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	142,56	166,11	166,11	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	6,40
3089	Quetiapinum	Symquel XR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 tabl.	05909991087005	2017-05-01	5 lat	178.3, Leki przeciwpsychotyczne - kwetiapina do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,82	24,17	24,17	Schizofrenia; Choroba afektywna dwubiegunowa		ryczałt	3,20
3090	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,79	15,57	7,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	12,81
3091	Quinaprilum	Accupro 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990707010	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,69	12,31	3,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	11,99
3092	Quinaprilum	Accupro 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990707119	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,99	19,97	7,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	17,21
3093	Quinaprilum	Accupro 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991080129	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,03	30,86	13,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	25,69
3094	Quinaprilum	Accupro 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990706914	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,01	8,95	1,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	8,95
3095	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	12,43	3,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	12,11
3096	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991125615	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,12	18,01	7,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	15,25
3097	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990953882	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,26	30,20	14,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	24,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3098	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991125417	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,94	8,88	1,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci od 6 do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci od 6 do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci od 6 do 18 roku życia	ryczałt	8,88
3099	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	15,38	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3100	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991308971	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,34	16,68	16,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3101	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	17,48	17,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3102	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990571475	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,84	33,48	33,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	25,60
3103	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,05	9,30	9,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3104	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990571505	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	17,81	17,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3105	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990653379	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,15	19,41	19,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3106	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990653355	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,60	5,30	4,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,58
3107	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653362	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,19	10,34	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,46



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3108	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,91	21,48	21,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	13,18
3109	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,96	5,79	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,71
3110	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,92	11,27	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,12
3111	Ramiprilum	Ivipril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990962020	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	17,59	17,59	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3112	Ramiprilum	Ivipril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990961955	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,10	4,78	4,78	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3113	Ramiprilum	Ivipril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990961986	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,16	9,26	9,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3114	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,04	19,29	19,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3115	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	15,38	15,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3116	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,96	18,38	18,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3117	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	4,64	6,50	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,42

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3118	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg	30 szt.	05909991369903	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,18	10,49	10,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,40
3119	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,56	10,89	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,74
3120	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,71	20,00	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,26
3121	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,97	21,32	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	13,58
3122	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,67	5,36	4,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,64
3123	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,35	10,51	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,63
3124	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,87	11,05	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,17
3125	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991093334	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	15,16	15,16	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3126	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,65	4,30	4,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3127	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991093303	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,08	8,13	8,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3128	Ramiprilum	Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,90	20,42	20,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3129	Ramiprilum	Ramipril Aurovitas, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909991325893	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,80	5,62	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,54
3130	Ramiprilum	Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,45	10,77	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,62
3131	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,88	17,02	17,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3132	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,94	9,03	9,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3133	Ramiprilum	Ramistad 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990017461	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,15	15,21	15,21	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3134	Ramiprilum	Ramistad 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990017447	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	2,75	4,41	4,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3135	Ramiprilum	Ramistad 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990017454	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,56	8,63	8,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,97
3136	Ramiprilum	Ramve 10 mg, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909990047987	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	19,07	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3137	Ramiprilum	Ramve 2,5 mg, kaps. twarde, 2,5 mg	28 szt.	05909990047949	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,46	5,15	4,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,43

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3138	Ramiprilum	Ramve 5 mg, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909990047963	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,91	10,05	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,17
3139	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414153	2020-03-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,48	18,70	18,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3140	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,48	18,70	18,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3141	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,59	18,82	18,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3142	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402006	2020-01-01 - dla kolumny 12, 2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,59	18,82	18,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3143	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,59	18,82	18,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3144	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,59	18,82	18,82	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3145	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,61	18,84	18,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3146	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,33	19,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	13,59
3147	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2.5 mg	28 szt.	05909990478217	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,37	9,26	4,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	7,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3148	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	13,11	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,23
3149	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	19,07	19,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3150	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,15	19,41	19,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3151	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,15	19,41	19,41	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	11,95
3152	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,55	21,10	21,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	12,80
3153	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,66	58,39	58,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	38,40
3154	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	3,89	5,71	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,63
3155	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,66	16,19	15,83	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	9,96
3156	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,91	10,05	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,17
3157	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,01	10,14	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,26

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3158	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,01	10,14	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,26
3159	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,78	11,11	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	6,96
3160	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,33	30,68	30,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	przewlekła choroba nerek inna niż określona w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne w przypadkach innych niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	19,20
3161	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,20	16,36	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,70
3162	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,10	8,46	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,63
3163	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,20	16,36	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,70
3164	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,10	8,46	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,63
3165	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 10+10 mg	30 szt.	05909991142759	2019-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,20	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,54
3166	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728	2019-09-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	24,11	30,89	27,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,57
3167	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 10+5 mg	30 szt.	05909991142636	2019-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,37	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,54
3168	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643	2019-09-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,20	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,54
3169	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 5+10 mg	30 szt.	05909991142681	2019-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,20	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,54
3170	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674	2019-09-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	24,11	30,89	27,60	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,57
3171	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 5+5 mg	30 szt.	05909991142520	2019-03-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,37	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,54

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3172	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513	2019-09-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,20	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,54
3173	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542	2021-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,06	16,21	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,55
3174	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504	2021-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,37	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,54
3175	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467	2021-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,06	16,21	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,55
3176	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429	2021-01-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,37	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,54
3177	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,20	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,54
3178	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,37	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,54
3179	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	12,05	16,20	13,80	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,54
3180	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490	2021-11-01	3 lata	41.0, Antagoniści wapnia - pochodne dihydropirydyny	6,03	8,37	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,54
3181	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powł., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,29	13,37	4,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,65
3182	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powł., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,47	17,97	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	14,09
3183	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,23	14,74	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	10,59
3184	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,09	10,12	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,04

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3185	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,05	9,97	4,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	8,25
3186	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	13,11	9,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,23
3187	Ranitidinum	Ranidyndyna Aurovitas, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909991352868	2019-09-01	3 lata	1.0, Leki blokujące receptory histaminowe H2 - stosowane doustnie	6,06	8,77	8,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3188	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990085019	2022-01-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	62,10	75,15	61,40	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	13,75
3189	Rifampicinum	Rifampicyna TZF, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990084913	2022-01-01	3 lata	111.1, Leki przeciwprątkowe - antybiotyki - ryfampicyna	103,68	122,80	122,80	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3190	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 150 + 100 mg	100 szt.	05909990086115	2022-01-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	75,06	90,31	77,78	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	12,53
3191	Rifampicinum + Isoniazidum	Rifamazid, kaps. twarde, 300 + 150 mg	100 szt.	05909990086214	2022-01-01	3 lata	111.2, Leki przeciwprątkowe - produkty złożone - izoniazyd z ryfampicyną	133,38	155,55	155,55	Gruźlica, w tym również gruźlica wielolekooporna i inne mykobakteriozy		bezpłatny do limitu	0,00
3192	Riluzolum	Riluzol PMCS, tabl. powł., 50 mg	56 szt.	05909990928156	2021-01-01	3 lata	191.0, Leki stosowane w leczeniu stwardnienia zanikowego-bocznego - riluzol	156,60	181,04	181,04	Stwardnienie zanikowe boczne		ryczałt	3,20
3193	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990831258	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,48	9,00	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,05
3194	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990831265	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	16,20	21,91	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,67
3195	Risperidonum	Orizon, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but. 100 ml	05909990690138	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	31,32	39,64	35,73	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,11
3196	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990831272	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	32,40	41,62	41,62	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3197	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990831289	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	48,60	60,63	60,63	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,84
3198	Risperidonum	Orizon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990831296	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	62,10	76,51	76,51	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,12
3199	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990044481	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	6,53	9,06	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,11
3200	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990044344	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,28	17,71	14,29	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,62
3201	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990044252	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	20,63	26,56	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,32
3202	Risperidonum	Risperidon Vipharm, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990044146	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	28,30	35,62	28,58	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,24
3203	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990336524	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	7,02	9,57	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,62
3204	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 1 mg	60 szt.	05909990336548	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	21,06	27,01	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,77
3205	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990336487	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,82	18,29	14,29	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,20
3206	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 2 mg	60 szt.	05909990336500	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	41,47	51,13	42,87	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	11,46

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3207	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990336555	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	19,39	25,26	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,02
3208	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 3 mg	60 szt.	05909990336579	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	58,16	70,67	64,31	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,20
3209	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990336586	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	27,65	34,93	28,58	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	9,55
3210	Risperidonum	Risperon, tabl. powł., 4 mg	60 szt.	05909990336609	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	82,94	98,39	85,74	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	17,77
3211	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990670413	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	7,13	9,70	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,75
3212	Risperidonum	Rispolept, roztwór doustny, 1 mg/ml	100 ml	05909990423828	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	34,56	43,04	35,73	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,51
3213	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990670512	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	14,26	18,74	14,29	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	7,65
3214	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990670611	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	18,36	24,18	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,94
3215	Risperidonum	Rispolept, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990670710	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	21,60	28,58	28,58	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3216	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 25 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058227	2022-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperidon do stosowania pozajelitowego - postacie o przedłużonym uwalnianiu	288,90	323,43	319,26	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychicznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	7,37

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3217	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058128	2022-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	433,35	478,89	478,89	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychicznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3218	Risperidonum	Rispolept Consta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	1 fiol. + 1 strz. + 1 urządzenie do przygotowania zawiesiny + 2 igły do wstrzyknięcia domięśniowego	05909991058029	2022-01-01	3 lata	178.6, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon i paliperydon do stosowania pozajelitowego - postaci o przedłużonym uwalnianiu	577,80	634,36	634,36	Schizofrenia w przypadku nawrotu objawów psychicznych podczas terapii neuroleptykami w wyniku udokumentowanego, uporczywego braku współpracy chorego		ryczałt	3,20
3219	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 1 mg	20 szt.	05909990567683	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	7,17	9,73	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,78
3220	Risperidonum	Ryspolit, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990721405	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	36,85	45,44	35,73	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	12,91
3221	Risperidonum	Ryspolit, roztwór doustny, 1 mg/ml	1 but.po 30 ml	05909990721399	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	10,69	14,27	10,72	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	6,75
3222	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 2 mg	20 szt.	05909990567737	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	15,03	19,55	14,29	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	8,46
3223	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 3 mg	20 szt.	05909990567935	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	22,25	28,26	21,44	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	10,02
3224	Risperidonum	Ryspolit, tabl. powł., 4 mg	20 szt.	05909990568031	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	30,24	37,65	28,58	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	12,27
3225	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	20 szt.	05909990034932	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	5,94	8,44	7,15	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	4,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3226	Risperidonum	Torendo Q-Tab 1 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1 mg	50 szt.	05909990680849	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	13,38	18,39	17,86	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,73
3227	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	20 szt.	05909990034994	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	11,88	16,24	14,29	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,15
3228	Risperidonum	Torendo Q-Tab 2 mg, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 2 mg	50 szt.	05909990680863	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.5, Leki przeciwpsychotyczne - rysperydon do stosowania doustnego	26,77	34,86	34,86	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3229	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl., 10 mg	10 szt.	05909990658145	2021-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	80,46	92,15	42,14	Żyłne powikłania zakrzepowozatorowe u dorosłych pacjentów po przebytej planowej alloplastyce całkowitej stawu biodrowego (do 30 dnia po przebytej alloplastyce) lub kolanowego (do 14 dnia po przebytej alloplastyce) - prewencja pierwotna		ryczałt	53,21
3230	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909990910601	<1>2021-09-01/<2>2020-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	112,64	130,01	88,49	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	68,07
3231	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909990910663	<1>2021-09-01/<2>2020-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	337,93	372,76	265,48	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	186,92
3232	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909990910700	<1>2021-09-01/<2>2020-09-01	3 lata	22.0, Heparyny drobnocząsteczkowe i leki o działaniu heparyn drobnocząsteczkowych	112,64	131,60	117,99	<1>Leczenie zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; Profilaktyka nawrotów zakrzepicy żył głębokich lub zatorowości płucnej - po ostrej zakrzepicy żył głębokich u osób powyżej 18 roku życia; <2>Leczenie zatorowości płucnej oraz profilaktyka nawrotowej zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucnej u dorosłych		30%	49,01

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3233	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909991078386	2019-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	62,51	69,43	14,16	Choroba Alzheimerera		30%	59,52
3234	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991421762	2021-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	117,07	128,96	29,25	Choroba Alzheimerera		30%	108,49
3235	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991439415	2021-05-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	117,18	129,09	29,25	Choroba Alzheimerera		30%	108,62
3236	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991078454	2019-07-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	129,11	141,62	29,25	Choroba Alzheimerera		30%	121,15
3237	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h	30 sas.	05909991032609	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	203,21	220,84	40,95	Choroba Alzheimerera		30%	192,18
3238	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 sas.	05909990066704	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	76,54	84,16	14,16	Choroba Alzheimerera		30%	74,25
3239	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 sas.	05909990066766	2022-01-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	145,81	159,15	29,25	Choroba Alzheimerera		30%	138,68
3240	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990700646	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	12,51	14,62	4,55	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,44
3241	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg	28 szt.	05909990700660	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	12,51	14,62	4,55	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,44

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3242	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	20,75	24,50	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,13
3243	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	20,75	24,50	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	18,13
3244	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	40,93	47,43	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	34,69
3245	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	41,49	48,01	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,27
3246	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990700738	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,11	36,38	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,83
3247	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	05909990700745	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	31,11	36,38	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,83
3248	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	61,45	70,34	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	51,23
3249	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	62,23	71,16	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,05
3250	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	41,49	48,01	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,27

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3251	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	41,49	48,01	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,27
3252	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	81,97	92,99	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	67,51
3253	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	82,98	94,05	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	68,57
3254	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	9,98	11,96	4,55	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	8,78
3255	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	19,96	23,67	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	17,30
3256	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	17,64	21,23	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,86
3257	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	36,29	42,55	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	29,81
3258	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990782147	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,73	33,89	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	24,34
3259	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990782154	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	60,48	69,32	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	50,21

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3260	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	35,28	41,49	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	28,75
3261	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	79,83	90,74	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	65,26
3262	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990816255	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	41,69	48,22	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,48
3263	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990816262	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	31,27	36,54	13,65	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	26,99
3264	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990816279	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	62,53	71,48	27,30	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	52,37
3265	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990816286	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	41,69	48,22	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,48
3266	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990816293	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	83,38	94,46	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	68,98
3267	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990982981	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	7,17	9,01	4,55	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	5,83
3268	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	14,32	17,75	9,10	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,38



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3269	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,62	34,50	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,76
3270	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990983308	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	21,46	26,24	13,65	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	16,69
3271	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990983322	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	42,93	50,90	27,30	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	31,79
3272	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	28,62	34,50	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,76
3273	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	57,25	67,03	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	41,55
3274	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	17,28	20,85	9,10	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	14,48
3275	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	32,40	38,47	18,20	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	25,73
3276	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990778966	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	23,76	28,66	13,65	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	19,11
3277	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990778973	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	46,12	54,25	27,30	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	35,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3278	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990778997	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	30,24	36,20	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	23,46
3279	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	59,83	69,74	36,40	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	44,26
3280	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990803156	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	9,18	11,12	4,55	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	7,94
3281	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990803545	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	14,36	17,79	9,10	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	11,42
3282	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990803569	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,73	34,63	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,89
3283	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990803781	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	21,60	26,39	13,65	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	16,84
3284	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990803804	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	43,41	51,40	27,30	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	32,29
3285	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909991078294	2020-09-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	59,40	66,16	14,16	Choroba Alzheimera		30%	56,25
3286	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990804085	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimera	28,73	34,63	18,20	Choroba Alzheimera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	21,89

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3287	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990804108	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	57,24	67,02	36,40	Choroba Alzheimerera	otępienie z ciałami Lewy'ego	30%	41,54
3288	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991078348	2020-09-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	120,96	133,06	29,25	Choroba Alzheimerera		30%	112,59
3289	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, system transdermalny, plaster, 4.6 mg/24 h	30 szt.	05909991067595	2021-09-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	63,72	70,70	14,16	Choroba Alzheimerera		30%	60,79
3290	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, system transdermalny, plaster, 9.5 mg/24h	30 szt.	05909991067632	2019-03-01	3 lata	186.0, Leki psychoanaleptyczne - Inhibitory acetylocholinoesterazy stosowane w leczeniu choroby Alzheimerera	129,12	141,63	29,25	Choroba Alzheimerera		30%	121,16
3291	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683	2019-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	21,55	28,22	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	11,29
3292	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000	2019-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	43,42	54,21	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	20,34
3293	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086	2019-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	91,37	108,56	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	40,81
3294	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990992607	2019-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,56	38,74	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,81
3295	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990992683	2019-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	63,12	74,90	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,03
3296	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990992775	2019-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	126,23	145,16	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	77,41
3297	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 0.25 mg	210 szt.	05909990731954	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	27,43	34,16	22,68	Choroba i zespół Parkinsona		30%	18,28

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3298	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 0,5 mg	21 szt.	05909990731985	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,83	7,66	4,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,48
3299	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 1 mg	21 szt.	05909990732074	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	11,01	14,38	9,07	Choroba i zespół Parkinsona		30%	8,03
3300	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 2 mg	21 szt.	05909990732227	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	21,92	27,60	18,15	Choroba i zespół Parkinsona		30%	14,90
3301	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powł., 5 mg	21 szt.	05909990732333	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	45,36	55,92	45,36	Choroba i zespół Parkinsona		30%	24,17
3302	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	25,92	32,81	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	15,88
3303	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	52,92	64,19	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	30,32
3304	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	102,60	120,35	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	52,60
3305	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909991049294	2019-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	23,76	30,54	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	13,61
3306	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991049355	2019-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	56,48	67,92	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	34,05
3307	Ropinirolum	Ceurolex SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991049393	2019-05-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	113,40	131,69	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	63,94
3308	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085	2018-03-01	5 lat	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,65	38,82	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,89
3309	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092	2018-03-01	5 lat	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	63,31	75,10	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3310	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108	2018-03-01	5 lat	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	126,61	145,56	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	77,81
3311	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198	2021-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,64	38,81	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,88
3312	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204	2021-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	63,29	75,07	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	41,20
3313	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242	2021-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	126,60	145,55	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	77,80
3314	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582	2019-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,10	38,25	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,32
3315	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803	2019-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	62,21	73,94	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	40,07
3316	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971	2019-11-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	125,93	144,86	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	77,11
3317	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	5,80	7,63	4,54	Choroba i zespół Parkinsona		30%	4,45
3318	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 1 mg	21 szt.	05909990013890	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	11,01	14,38	9,07	Choroba i zespół Parkinsona		30%	8,03
3319	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 2 mg	21 szt.	05909990013586	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	23,23	28,98	18,15	Choroba i zespół Parkinsona		30%	16,28
3320	Ropinirolum	Requip, tabl. powł., 5 mg	21 szt.	05909990013968	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	57,97	69,16	45,36	Choroba i zespół Parkinsona		30%	37,41
3321	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,15	36,20	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,27

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3322	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	58,77	70,33	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	36,46
3323	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636	2022-01-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	117,02	135,49	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	67,74
3324	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766	2019-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	31,32	38,48	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	21,55
3325	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781	2021-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	78,84	93,46	72,58	Choroba i zespół Parkinsona		30%	42,65
3326	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485	2020-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	42,12	52,85	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	18,98
3327	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773	2019-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	62,64	74,39	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	40,52
3328	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798	2021-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	157,68	180,23	145,16	Choroba i zespół Parkinsona		30%	78,62
3329	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683	2020-09-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	84,24	101,07	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	33,32
3330	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780	2019-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	125,28	144,16	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	76,41
3331	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804	2021-03-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	315,36	349,80	290,33	Choroba i zespół Parkinsona		30%	146,57
3332	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	29,70	36,78	24,19	Choroba i zespół Parkinsona		30%	19,85
3333	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agoniści receptorów dopaminowych	59,40	70,99	48,39	Choroba i zespół Parkinsona		30%	37,12

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3334	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321	2021-07-01	3 lata	170.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - agonści receptorów dopaminowych	118,80	137,36	96,78	Choroba i zespół Parkinsona		30%	69,61
3335	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991021184	2020-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,68	8,26	8,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,48
3336	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991021337	2020-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,50	15,99	15,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,80
3337	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991021375	2020-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,64	29,87	29,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,96
3338	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991000141	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,67	9,30	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,51
3339	Rosuvastatinum	Ridlip, tabletki powlekane, 10 mg	90 tabl.	05909991375799	2019-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,50	23,74	23,74	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,12
3340	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991000158	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,35	17,92	16,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,34
3341	Rosuvastatinum	Ridlip, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05909991375812	2019-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,99	45,02	45,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,51
3342	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991000165	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,11	30,37	30,37	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,11
3343	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991000103	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,34	4,71	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,82
3344	Rosuvastatinum	Ridlip, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	05909991375775	2019-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,75	12,58	12,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,77
3345	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990919604	2021-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,12	8,86	8,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,66

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3346	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05909991435950	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,17	13,02	13,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,91
3347	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990919659	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,42	17,11	17,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,13
3348	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991435981	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,35	24,63	24,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,39
3349	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990919673	2021-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	24,52	32,11	32,11	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,63
3350	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990919574	2021-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,07	4,50	4,43	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,40
3351	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991085674	2020-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,79	8,38	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,59
3352	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991085698	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,58	16,06	16,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,82
3353	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991085759	2020-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,57	16,05	16,05	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,82
3354	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909991085773	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,16	30,42	30,42	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,13
3355	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991085841	2020-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	23,13	30,39	30,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,12
3356	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909991085865	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	46,31	57,93	57,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,38
3357	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991085599	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,88	4,22	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,33



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3358	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991085636	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,79	8,38	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,59
3359	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991425883	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,69	8,27	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,48
3360	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991425906	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,38	15,84	15,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,75
3361	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991425920	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,77	30,01	30,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,00
3362	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991422875	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,84	4,18	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,29
3363	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990895250	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,73	9,37	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,58
3364	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 10 mg	90 tabl.	05909990895304	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,57	24,86	24,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,46
3365	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990895380	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,10	13,81	12,40	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,13
3366	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909990895403	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,33	23,30	23,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,99
3367	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 15 mg	90 tabl.	05909990895458	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,85	36,08	36,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,82
3368	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990895533	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,47	18,04	16,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,46
3369	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05909990895588	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	37,13	47,27	47,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,18

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3370	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909990895663	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,20	26,31	24,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,94
3371	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909990895687	2021-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,67	44,30	44,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,29
3372	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 30 mg	90 tabl.	05909990895724	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	55,70	68,77	68,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,63
3373	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990895786	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	26,95	34,40	33,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,24
3374	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	05909990895892	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	74,26	90,18	90,18	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	27,05
3375	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990895106	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,37	4,74	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,85
3376	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	05909990895182	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	9,29	13,14	13,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,94
3377	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,77	8,36	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,57
3378	Rosuvastatinum	Suwardio, tabletki powlekane, 10 mg	84 tabl.	05909990791781	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	16,61	22,54	22,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,76
3379	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,53	16,01	16,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,80
3380	Rosuvastatinum	Suwardio, tabletki powlekane, 20 mg	84 tabl.	05909990791927	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	33,23	42,79	42,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,84
3381	Rosuvastatinum	Suwardio, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990792009	2017-09-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,84	30,08	30,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,02

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3382	Rosuvastatinum	Suvardio, tabletki powlekane, 40 mg	84 tabl.	05909990792061	2019-03-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	66,47	81,49	81,49	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,45
3383	Rosuvastatinum	Suvardio, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909990791606	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,85	4,19	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,30
3384	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990802623	2019-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,70	8,29	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,50
3385	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909990802647	2019-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,45	15,92	15,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,78
3386	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	28 szt.	05909991333959	2017-11-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,59	12,22	12,22	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,67
3387	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 15 mg	56 szt.	05909991333973	2017-11-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,16	23,13	23,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,94
3388	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990802685	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,85	17,39	16,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,81
3389	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909990802708	2019-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	29,91	29,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,97
3390	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	28 szt.	05909991334062	2017-11-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,16	23,13	23,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,94
3391	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 30 mg	56 szt.	05909991334086	2017-11-01	5 lat	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,33	43,95	43,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,19
3392	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990802753	2020-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	29,91	29,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,97
3393	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909990802777	2019-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	45,36	56,93	56,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3394	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562	2019-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,84	4,18	4,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,29
3395	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586	2019-11-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,70	8,29	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,50
3396	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990777785	2022-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,10	8,72	8,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,93
3397	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05997001369333	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,12	23,08	23,08	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,92
3398	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909991347079	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	27,41	35,62	35,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,69
3399	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990777839	2022-01-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,20	16,71	16,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,13
3400	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05997001369340	2021-09-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	34,24	43,85	43,85	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,16
3401	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909991347109	2021-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	54,82	67,84	67,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,35
3402	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990777853	2019-05-01	3 lata	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,68	29,91	29,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,97
3403	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10 + 10 mg	30 szt.	03838989707057	2021-11-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,36	23,87	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,25
3404	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20 + 10 mg	30 szt.	03838989707064	2021-11-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,36	23,87	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,25
3405	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezechron Duo, tabl., 10 + 10 mg	28 szt.	05906414003352	2021-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,87	24,21	12,83	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	15,23
3406	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezechron Duo, tabl., 10 + 10 mg	56 szt.	05906414003369	2021-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	39,74	47,04	25,67	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	29,07
3407	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezechron Duo, tabletki, 20 + 10 mg	28 szt.	05906414003383	2021-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,87	24,21	12,83	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	15,23

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3408	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20 + 10 mg	56 szt.	05906414003390	2021-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	39,74	47,04	25,67	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	29,07
3409	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5 + 10 mg	28 szt.	05906414003321	2021-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,87	24,21	12,83	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	15,23
3410	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5 + 10 mg	56 szt.	05906414003338	2021-09-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	39,74	47,04	25,67	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	29,07
3411	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaridio Plus, tabl., 10 + 10 mg	30 szt.	05907626708493	2020-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,36	23,87	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,25
3412	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaridio Plus, tabl., 10 + 10 mg	60 szt.	05907626709315	2020-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	38,73	46,23	27,50	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,98
3413	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaridio Plus, tabl., 20 + 10 mg	30 szt.	05907626708509	2020-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,36	23,87	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,25
3414	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaridio Plus, tabl., 20 + 10 mg	60 szt.	05907626709322	2020-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	38,73	46,23	27,50	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,98
3415	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaridio Plus, tabl., 5 + 10 mg	30 szt.	05907626708486	2020-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	19,36	23,87	13,75	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	14,25
3416	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaridio Plus, tabl., 5 + 10 mg	60 szt.	05907626709308	2020-03-01	2 lata	48.0, Leki hamujące wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego	38,73	46,23	27,50	Zapobieganie zdarzeniom sercowo-naczyniowym; leczenie substytucyjne pierwotnej hipercholesterolemii		30%	26,98
3417	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 100 mg	10 szt.	05909990847914	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,26	17,88	5,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,91
3418	Roxithromycinum	Rolicyn, tabl. powł., 150 mg	10 szt.	05909990848010	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,28	20,74	8,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	16,28
3419	Rupatadinum	Rupaller, tabl., 10 mg	100 szt.	05909991429881	2021-09-01	2 lata	207.1, Leki przeciwhistaminowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,20	34,04	34,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,21
3420	Salbutamolom	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065	2021-03-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,75	11,91	10,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,98
3421	Salbutamolom	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochrony)	05909991106928	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	22,14	25,97	10,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3422	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	37,18	43,50	20,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	28,57
3423	Salbutamololum	Sabumalin, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.po 8,5 g (200 daw.)	05909990764150	2019-05-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	8,69	11,84	10,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	4,91
3424	Salbutamololum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	197.2, Doustne leki beta-2-mimetyczne o krótkim działaniu, przeznaczone do stosowania w leczeniu chorób układu oddechowego	4,86	7,13	7,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,20
3425	Salbutamololum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010	2022-01-01	3 lata	197.1, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o krótkim działaniu	7,06	10,13	10,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
3426	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390	2021-07-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,66	115,04	114,47	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,97
3427	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	48,98	60,98	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	6,94
3428	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	73,49	89,23	85,85	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	8,18
3429	Salmeterolum	Pulveril, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę	120 dawek	05909990867653	2018-01-01	5 lat	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	51,51	63,64	57,24	Astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc, eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	9,60
3430	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	55,51	67,84	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	13,80
3431	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825	2022-01-01	3 lata	198.0, Wziewne leki beta-2-adrenergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	62,64	75,32	57,24	Astma; Przewlekła obturacyjna choroba płuc; Eozynofilowe zapalenie oskrzeli		ryczałt	21,28
3432	Selegilini hydrochloridum	Segan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990746026	2022-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	15,98	21,64	21,64	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	6,40
3433	Selegilinum	Selgres, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990404315	2022-01-01	3 lata	171.0, Leki stosowane w chorobie Parkinsona - selegilina	13,44	18,40	18,03	Choroba i zespół Parkinsona		ryczałt	5,70

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3434	Semaglutidum	Ozempic, roztw. do wstrz., 0,25 mg	1 wstrz.po 1,5 ml	05909991389901	2022-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciw cukrzycowe - agoniści GLP-1	320,76	357,72	357,72	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c $\geq$ 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 35 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: - wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, - dyslipidemia, - nadciśnienie tętnicze, - palenie tytoniu		30%	107,32
3435	Semaglutidum	Ozempic, roztw. do wstrz., 0,5 mg	1 wstrz.po 1,5 ml	05909991389918	2022-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciw cukrzycowe - agoniści GLP-1	320,76	357,72	357,72	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c $\geq$ 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 35 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: - wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, - dyslipidemia, - nadciśnienie tętnicze, - palenie tytoniu		30%	107,32

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3436	Semaglutidum	Ozempic, roztw. do wstrz., 1 mg	1 wstrz.po 3 ml	05909991389956	2022-01-01	2 lata	252.0, Leki przeciw cukrzycowe - agonści GLP-1	320,76	357,72	357,72	Cukrzyca typu 2, u pacjentów przed włączeniem insuliny, leczonych co najmniej dwoma doustnymi lekami hipoglikemizującymi od co najmniej 6 miesięcy, z HbA1c $\geq$ 8 %, z otyłością definiowaną jako BMI $\geq$ 35 kg/m <sup>2</sup> oraz bardzo wysokim ryzykiem sercowo-naczyniowym rozumianym jako: 1) potwierdzona choroba sercowo-naczyniowa, lub 2) uszkodzenie innych narządów objawiające się poprzez: białkomocz lub przerost lewej komory lub retinopatię, lub 3) obecność 2 lub więcej głównych czynników ryzyka spośród wymienionych poniżej: - wiek $\geq$ 55 lat dla mężczyzn, $\geq$ 60 lat dla kobiet, - dyslipidemia, - nadciśnienie tętnicze, - palenie tytoniu		30%	107,32
3437	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 12 mg	28 szt.	05909991089313	2022-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	237,60	267,89	267,89	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3438	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 16 mg	28 szt.	05909991089412	2022-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	316,98	353,21	353,21	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3439	Sertindolum	Serdolect, tabl. powł., 4 mg	30 szt.	05909991089214	2022-01-01	3 lata	178.8, Leki przeciwpsychotyczne - sertindol	80,44	97,18	97,18	Schizofrenia		ryczałt	3,20
3440	Sertraline	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	21,52	27,96	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,72
3441	Sertraline	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,60	13,47	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,35
3442	Sertralinum	ApoSerta / Sertraline Apotex, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991106904	2019-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	19,31	25,64	25,64	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,69
3443	Sertralinum	ApoSerta / Sertraline Apotex, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991106898	2019-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,66	13,53	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,41
3444	Sertralinum	ApoSerta / Sertraline Aurovitas, tabl. powł., 100 mg	30 tabl.	05909991355739	2019-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	14,43	20,51	20,51	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,15
3445	Sertralinum	ApoSerta / Sertraline Aurovitas, tabl. powł., 50 mg	30 tabl.	05909991355654	2019-11-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	7,21	10,96	10,96	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,29



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3446	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990963317	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	20,03	26,13	24,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	9,11
3447	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990963218	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	10,02	13,72	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,21
3448	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990804368	2019-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	17,93	24,20	24,20	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,26
3449	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990804344	2019-05-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,05	12,89	12,89	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,87
3450	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991279615	2017-11-01	5 lat	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,69	19,47	19,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	5,84
3451	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991279622	2021-09-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	14,67	20,76	20,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,23
3452	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991279660	2017-11-01	5 lat	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	41,08	53,04	53,04	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	15,91
3453	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991279516	2017-11-01	5 lat	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	6,85	10,39	10,39	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,12
3454	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991279523	2021-09-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	7,33	11,09	11,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,33
3455	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909991279561	2017-11-01	5 lat	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	20,54	28,12	28,12	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,44
3456	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990046621	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	15,23	21,09	21,09	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,33
3457	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990046690	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	7,61	11,19	11,19	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,36

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3458	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990919987	2021-03-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	15,94	22,10	22,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,63
3459	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990919888	2021-03-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	7,97	11,76	11,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,53
3460	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990663163	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	18,25	24,52	24,52	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,36
3461	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990663040	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,13	12,98	12,98	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	3,89
3462	Sertralinum	Setalof 100 mg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990571963	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	20,41	26,79	26,06	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,55
3463	Sertralinum	Setalof 50 mg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990571925	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	9,45	13,32	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	4,20
3464	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990994816	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	12,47	16,48	13,03	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	7,36
3465	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990753215	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	24,19	30,50	24,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,48
3466	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990753116	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	13,18	17,03	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,52
3467	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990569472	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	28,06	34,56	24,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	17,54
3468	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990013982	2022-01-01	3 lata	184.0, Leki przeciwdepresyjne - inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny	15,10	19,07	12,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,56
3469	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05909991418885	2021-05-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	6,74	9,70	9,24	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	3,23

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3470	Silodosinum	Silodosin Aurovitas, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05909991418960	2021-05-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,48	18,48	18,48	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	5,54
3471	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 4 mg	30 szt.	05391519923528	2021-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	13,82	17,14	9,24	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,67
3472	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	30 szt.	05391519923535	2021-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,97	23,20	18,48	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	10,26
3473	Silodosinum	Silodosin Recordati, kaps. twarde, 8 mg	90 szt.	05391519923542	2021-03-01	2 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,91	65,35	55,44	Leczenie objawów przedmiotowych i podmiotowych łagodnego rozrostu gruczołu krokowego u dorosłych mężczyzn		30%	26,54
3474	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,94	7,10	2,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczykowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepieniu narządów	30%	5,04
3475	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,80	13,05	5,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia nefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczykowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepieniu narządów	30%	8,91

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3476	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,82	21,78	11,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,51
3477	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649532	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,05	7,95	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,09
3478	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649655	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	12,10	15,61	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	7,89
3479	Simvastatinum	Simorion, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990793853	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,62	4,60	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,67
3480	Simvastatinum	Simorion, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990794140	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,91	7,81	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,95

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3481	Simvastatinum	Simorion, tabl. powł., 20 mg	98 szt.	05909990794157	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,82	23,01	19,30	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,50
3482	Simvastatinum	Simorion, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990794089	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,42	13,84	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,12
3483	Simvastatinum	Simratio 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991019723	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,29	6,35	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,42
3484	Simvastatinum	Simratio 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991019822	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,37	12,49	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,63
3485	Simvastatinum	Simratio 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991019945	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	20,84	24,78	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,06

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3486	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990940110	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,65	5,68	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,75
3487	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990940219	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	8,75	10,79	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	6,93
3488	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990940318	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,50	21,28	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,56
3489	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990941025	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,46	4,43	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,50
3490	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990941124	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	6,91	8,86	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,00

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3491	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990941223	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	13,82	17,42	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,70
3492	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990743650	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,03	6,88	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,02
3493	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990743667	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,07	13,47	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,75
3494	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990623273	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,56	6,70	2,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,64
3495	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990623297	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,12	13,38	5,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,24

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
3496	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623334	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	19,76	23,82	11,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	15,55
3497	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990731565	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	1,94	3,64	3,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,09
3498	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990731671	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,89	6,98	6,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,09
3499	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990723591	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	2,65	3,58	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,65
3500	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990723812	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	3,99	5,79	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	1,93



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3501	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990723829	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,27	6,19	5,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,05
3502	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990724031	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,96	11,26	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,54
3503	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05907553016012	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,18	5,98	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	2,12
3504	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05907553016029	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	7,96	11,26	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,54
3505	Simvastatinum	Simvastaterol, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990927616	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,94	7,04	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	5,11

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
3506	Simvastatinum	Simvasteryl, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990927715	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,79	13,98	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	10,12
3507	Simvastatinum	Simvasteryl, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990927838	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	22,03	26,03	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	18,31
3508	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990914012	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,08	6,14	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,21
3509	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990914111	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,78	12,92	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,06
3510	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990982714	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	17,28	21,04	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	13,32

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
3511	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991073114	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	4,80	5,84	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	3,91
3512	Simvastatinum	Vastan, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991073213	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,11	12,22	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,36
3513	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990935116	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,65	6,79	2,95	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,73
3514	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990055722	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,51	12,64	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	8,78
3515	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990935215	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	11,26	13,53	5,91	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczycowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,39

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
3516	Simvastatinum	Ximve, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990935314	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	18,99	23,01	11,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczykowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	14,74
3517	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990365913	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	5,40	6,47	2,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczykowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	4,54
3518	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990366026	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	10,79	12,93	5,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczykowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	9,07
3519	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990769124	2019-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	46.0, Leki wpływające na gospodarkę lipidową - inhibitory reduktazy HMG-CoA	21,58	25,56	11,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	ciężka wtórna hipercholesterolemia u dzieci w wieku od 10 do 18 roku życia (z wysokim ryzykiem powikłań sercowo - naczyniowych oraz przy braku skuteczności leczenia niefarmakologicznego) w przebiegu: niewydolności nerek lub zespołu nerczykowego, lub cukrzycy typu I (z towarzyszącą mikroalbuminurią lub niewydolnością nerek), lub otrzymujących terapię antyretrowirusową, lub po przeszczepianiu narządów	30%	17,84
3520	Sirolimusum	Rapamune, tabl. draż., 1 mg	30 szt.	05909990985210	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2><5>2021-07-01/<3>2020-01-01/<4>2019-09-01/<6>2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata - dla kolumny 13	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	456,40	503,70	503,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epitheloidalnych komórek przynaczyniowych; <3>cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego - opome na stosowanie steroidów lub przy zbyt nasilonych objawach niepożądanych przewlekłej steroidoterapii w wysokich dawkach; <4>zespół gumiatycznych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3521	Sirolimusum	Rapamune, roztwór doustny, 1 mg/ml	60 ml	05909990893645	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2><5>2021-07-01/<3>2020-01-01/<4>2019-09-01/<6>2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata - dla kolumny 13	135.1, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - sirolimus	912,82	994,92	994,92	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>stwardnienie guzowate; limfangioleiomiomatoza; nowotwór z epitheloidalnych komórek przynaczyniowych; <3>cytopenie w przebiegu autoimmunizacyjnego zespołu limfoproliferacyjnego - oporne na stosowanie steroidów lub przy zbyt nasilonych objawach niepożądanych przewlekłej steroidoterapii w wysokich dawkach; <4>zespół gumiatychnych zmian barwnikowych; <5>angiomatoza; <6>Zespół Klippela-Trénaunaya	ryczałt	3,20
3522	Solifenacini succinas	Adablock, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906414003758	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	32,40	40,69	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,58
3523	Solifenacini succinas	Adablock, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906414003741	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	16,20	21,29	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	9,23
3524	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991349325	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,85	34,86	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,75
3525	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991349226	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,41	18,36	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,30
3526	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991405960	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	19,98	27,65	27,65	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,30
3527	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991405991	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	59,94	75,61	75,61	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	22,68
3528	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991405922	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	9,99	14,77	14,77	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,43
3529	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991405953	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	29,97	40,14	40,14	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	12,04
3530	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991339135	2020-01-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,87	34,88	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,77
3531	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991422394	2021-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	10,69	15,50	15,50	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	4,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3532	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991340896	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	30,24	38,42	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,31
3533	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991340872	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	15,12	20,16	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,10
3534	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991351304	2019-11-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	27,00	35,02	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,91
3535	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991351298	2019-11-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,50	18,46	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,40
3536	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05901720140388	2020-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,46	34,45	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,34
3537	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05901720140340	2020-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	13,23	18,17	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	6,11
3538	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991371777	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	25,92	33,89	33,89	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	10,17
3539	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991371753	2020-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,96	17,89	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	5,83
3540	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991312640	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	32,40	40,69	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,58
3541	Solifenacini succinas	Uronorm, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991312633	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	16,20	21,29	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	9,23
3542	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991140069	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	29,03	37,15	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	13,04
3543	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991139995	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	14,52	19,53	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	7,47

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3544	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906720536148	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	32,40	40,69	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,58
3545	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906720536117	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	16,20	21,29	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	9,23
3546	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909991382315	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	84,26	101,60	101,60	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	30,48
3547	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382308	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	30,24	38,42	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	14,31
3548	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	100 szt.	05909991382285	2021-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	42,13	53,37	53,37	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	16,01
3549	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991382278	2019-09-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	15,12	20,16	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego		30%	8,10
3550	Sotaloli hydrochloridum	Sotalol Aurovitas, tabl., 40 mg	60 szt.	05909991357160	2019-09-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	7,24	9,51	6,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,82
3551	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115	2022-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	10,80	13,75	8,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,50
3552	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016	2022-01-01	3 lata	39.0, Leki beta-adrenolityczne - nieselektywne - do stosowania doustnego	6,05	7,62	4,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,50
3553	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 1.5 mln j.m.	16 szt.	05909990098613	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,07	19,56	14,27	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	12,43
3554	Spiramycinum	Rovamycine, tabl. powł., 3 mln j.m.	10 szt.	05909990692118	2022-01-01	3 lata	101.2, Antybiotyki makrolidowe do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	18,47	23,69	17,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,77

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3555	Spironolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	16,31	21,76	21,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	7,03
3556	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,12	19,99	17,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	7,71
3557	Spironolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	7,02	8,94	5,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	5,26
3558	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	27,43	35,22	35,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	10,67
3559	Spironolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,18	12,49	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	5,13
3560	Spironolactonum	Spirolon, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	18,58	23,61	17,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	11,33
3561	Spironolactonum	Spirolon, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,64	5,92	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	3,46



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3562	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651	2019-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,10	11,36	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,00
3563	Spironolactonum	Spironol, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668	2019-07-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	16,20	21,64	21,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,91
3564	Spironolactonum	Spironol 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	9,94	14,03	14,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,21
3565	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	15,66	21,07	21,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	6,34
3566	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	4,64	5,92	3,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	3,46
3567	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	38,0. Antagoniści aldosteronu - spironolakton	8,86	12,15	10,52	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; <2>pozawałowa dysfunkcja skurczowa lewej komory	30%	4,79
3568	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 250 mg	60 sasz.	05909990017294	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.1. Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	675,00	738,97	731,86	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem	złośliwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt	ryczałt	10,31

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3569	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909990017232	2021-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	675,00	738,97	731,86	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem		ryczałt	10,31
3570	Stiripentolum	Diacomit, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 500 mg	60 sasz.	05909990017331	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1350,00	1463,72	1463,72	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem	złosiłwa ogniskowa migrująca padaczka niemowląt	ryczałt	3,20
3571	Stiripentolum	Diacomit, kaps. twarde, 500 mg	60 szt.	05909990017263	2021-01-01	3 lata	244.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - styrypentol	1350,00	1463,72	1463,72	Terapia wspomagająca (w skojarzeniu z klobazamem i walproinianem) u pacjentów cierpiących na ciężką miokloniczną padaczkę niemowląt (zespół Dravet) z uogólnionymi napadami toniczno-klonicznymi opornymi na leczenie klobazamem i walproinianem		ryczałt	3,20
3572	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Bactrim, syrop, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990312610	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię płynne	8,81	12,51	12,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	6,26
3573	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol, zawiesina doustna, 200+40 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990117819	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.2, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię płynne	8,92	12,64	12,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	6,39
3574	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 120, tabl., 100+20 mg	20 szt.	05909990117529	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałe	8,51	10,73	5,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	7,86
3575	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 480, tabl., 400+80 mg	20 szt.	05909990117611	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałe	17,06	22,99	22,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3576	Sulfamethoxazolum + Trimethoprimum	Biseptol 960, tabl., 800+160 mg	10 szt.	05909990117710	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	100.1, Sulfametoksazol w połączeniu z trimetoprymem do stosowania doustnego - postacię stałą	17,17	23,11	22,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	<1>zakażenia u pacjentów po przeszczepie szpiku – profilaktyka; zakażenie Pneumocystis jirovecii u pacjentów z niedoborami odporności – profilaktyka; <2>zakażenia u pacjentów leczonych cyklofosfamidem - profilaktyka	50%	11,62
3577	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	45,09	56,81	56,81	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
3578	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	45,09	56,81	56,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,04
3579	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	22,68	30,03	29,57	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,66
3580	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	22,68	30,03	29,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,33
3581	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	47,30	59,14	59,14	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,20
3582	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	47,30	59,14	59,14	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,74
3583	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	23,65	31,05	29,57	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	4,68
3584	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	23,65	31,05	29,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,35
3585	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	22,68	30,03	29,57	Choroba Leśniowskiego-Crohna; Wrzodziejące zapalenie jelita grubego	choroby autoimmunizacyjne inne niż określone w ChPL	ryczałt	3,66

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3586	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217	2022-01-01	3 lata	12.1, Leki przeciwzapalne działające na jelita - mesalazyna i sulfasalazyna - produkty do stosowania doustnego	22,68	30,03	29,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,33
3587	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 100 mg	24 szt.	05909991380410	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,37	5,64	3,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	2,04
3588	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 200 mg	30 szt.	05909991380465	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	6,22	8,99	8,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	0,00
3589	Sulpiridum	Sulpiryd Hasco, tabl., 50 mg	24 szt.	05909991380373	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,35	4,04	1,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	2,24
3590	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 100 mg	24 szt.	05909990159314	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,48	5,75	3,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	2,15
3591	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	12 szt.	05909990159413	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,89	5,13	3,60	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	1,53
3592	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, tabl., 200 mg	30 szt.	05909990159437	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,31	11,19	8,99	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	2,20
3593	Sulpiridum	Sulpiryd Teva, kaps. twarde, 50 mg	24 szt.	05909990159512	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.1, Leki przeciwpsychotyczne - klozapina i sulpiryd do stosowania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,35	4,04	1,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	zespół Tourette'a	bezpłatny do limitu	2,24
3594	Sultamicillinum	Unasyn, tabl. powł., 375 mg	12 szt.	05909990065110	2022-01-01	3 lata	89.1, Penicyliny doustne z inhibitorami betalaktamaz - stałe postacie farmaceutyczne	25,25	28,57	6,44	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	25,35

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3595	Szczepionka przeciw grypie (żywa atenuowana, do nosa)	Fluenz Tetra, aerozol do nosa, zawieszina, 1 dawka	1 aplikator 0,2 ml	05000456061346	<1>2020-09-01/<2>2021-11-01	2 lata	247.1, Szczepionki przeciw grypie - postać donosowa	77,76	94,23	94,23	<1>Zapobieganie grypie u dzieci w wieku od ukończonego 24 miesiąca życia do ukończonego 60 miesiąca życia; <2>Zapobieganie grypie u dzieci i młodzieży w wieku od ukończonego 60 miesiąca życia do ukończonego 18 roku życia		50%	47,12
3596	Szczepionka przeciw pneumokokom sacharydowa, skoniugowana, adsorbowana (13-walentna)	Prevenar 13, zawieszina do wstrzykiwań, 0,5 ml	1 amp.-strzyk. + 1 igła	05909990737420	2022-01-01	2 lata	255.0, Szczepionki przeciw pneumokokom	245,30	276,51	276,51	Profilaktyka osób powyżej 65 r.ż. ze zwiększonym (umiarkowanym do wysokiego) ryzykiem choroby pneumokokowej tj. z: przewlekłą chorobą serca, przewlekłą chorobą wątroby, przewlekłą chorobą płuc, cukrzycą, implantem ślimakowym, wyciekaniem płynu mózgowo-rdzeniowego, wrodzoną lub nabytą asplenią, niedokrwistością sierpowatą i innymi hemoglobinopatiami, przewlekłą niewydolnością nerek, wrodzonym lub nabytym niedoborem odporności, uogólnioną chorobą nowotworową, zakażeniem wirusem HIV, chorobą Hodgkina, jatrogenną immunosupresją, białaczką, szpiczakiem mnogim, przeszczepem narządu litego		50%	138,26
3597	Szczepionka przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego [typy 16 i 18] (rekombinowana, z adiuwantem, adsorbowana)	Cervarix, zawieszina do wstrzykiwań, 20+20 µg	1 amp.-strz.	05909990064748	2021-11-01	2 lata	254.0, Szczepionki przeciwko wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV)	245,16	276,36	276,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	138,18
3598	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909990051052	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	44,87	56,57	56,37	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,40
3599	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 1 mg	30 szt.	05909990051076	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	94,55	112,74	112,74	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3600	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 3 mg	30 szt.	05909990699957	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	305,14	340,35	338,22	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę	ryczałt	5,33
3601	Tacrolimusum	Advagraf, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 5 mg	30 szt.	05909990051137	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	513,18	563,75	563,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę	ryczałt	3,25
3602	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 0,5 mg	30 szt.	07613421037024	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	37,26	48,58	48,58	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3603	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 1 mg	30 szt.	07613421037000	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	74,52	91,71	91,71	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3604	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 2 mg	30 szt.	07613421037048	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	149,04	173,95	173,95	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3605	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 3 mg	30 szt.	07613421037031	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	223,56	254,69	254,69	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę	ryczałt	3,20
3606	Tacrolimusum	Dailiport, kaps. o przedl. uwalnianiu twarde, 5 mg	30 szt.	07613421037017	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	372,60	416,14	416,14	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub opomości na cyklosporynę	ryczałt	3,20

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3607	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,75 mg	30 szt.	05909991192709	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	102,39	121,33	120,79	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,74
3608	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1 mg	30 szt.	05909991192730	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	139,22	161,77	161,06	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,91
3609	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1 mg	90 szt.	05909991192754	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	438,43	483,49	483,17	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,52
3610	Tacrolimusum	Envarsus, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909991192761	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	577,03	632,56	632,56	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,66
3611	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 0,5 mg	30 szt.	05909991148713	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	44,87	56,57	56,37	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,40
3612	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 1 mg	30 szt.	05909990447213	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139,0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	94,55	112,74	112,74	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3613	Tacrolimusum	Prograf, kaps. twarde, 5 mg	30 szt.	05909990447312	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-07-01/<2>2019-09-01/<3>2020-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	139.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - leki immunosupresyjne - inhibitory kalcyneuryny - takrolimus	513,18	563,75	563,70	Stan po przeszczepie narządu unaczynionego bądź szpiku	<1>stan po przeszczepie kończyny, rogówki, tkanek lub komórek; <2>miastenia; <3>idiopatyczny zespół nerczycowy - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę; toczniowe zapalenie nerek - w przypadku nietolerancji cyklosporyny lub oporności na cyklosporynę	ryczałt	3,25
3614	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927	2021-03-01	2 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	53,68	63,48	37,69	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	37,10
3615	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327	2021-03-01	2 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	71,17	82,17	40,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	53,90
3616	Tamoxifenum	Tamoxifen Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990331017	2022-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	9,83	13,88	13,88	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3617	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2022-01-01	3 lata	130.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - antyestrogeny - tamoksyfen	9,83	13,88	13,88	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3618	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990622726	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,99	23,22	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,94
3619	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05906414001501	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,99	65,43	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,59
3620	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990045006	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,36	23,61	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,33



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3621	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990900794	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	55,08	66,57	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	20,73
3622	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990894598	2019-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,98	23,21	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,93
3623	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909990894642	2021-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	52,92	64,31	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,47
3624	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573585	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,50	22,71	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,43
3625	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990573592	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	52,49	63,85	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	18,01
3626	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990586196	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,82	23,04	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,76
3627	Tamsulosini hydrochloridum	Prostammic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573257	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,04	23,27	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,99
3628	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990048007	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,99	23,22	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,94
3629	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990044382	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,82	23,04	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,76

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3630	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991136321	2019-11-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	38,88	49,56	49,56	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3631	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991332709	2020-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,91	15,79	15,79	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3632	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg	30 szt.	05909990980451	2021-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,32	23,56	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,28
3633	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570386	2019-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	14,33	19,39	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	4,11
3634	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05907626708400	2019-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	28,65	36,82	36,82	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	6,40
3635	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907626708417	2019-09-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	42,98	53,87	53,87	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,60
3636	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990565948	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,79	24,06	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,78
3637	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570690	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,29	17,23	17,23	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3638	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990430895	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,09	23,32	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3639	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990847808	2019-05-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,09	23,32	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,04
3640	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566068	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,98	23,21	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	7,93
3641	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05909990566075	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	35,96	44,50	36,96	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,94
3642	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907587609235	2020-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,97	65,41	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,57
3643	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	60 szt.	05909991191214	2020-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	35,97	44,51	36,96	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	13,95
3644	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991199081	2020-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,97	65,41	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,57
3645	Tamsulosini hydrochloridum	Urostat, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909997216393	2019-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	11,77	16,69	16,69	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3646	Tamsulosini hydrochloridum	Urostat 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarada, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566280	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	12,14	17,08	17,08	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3647	Tamsulosinum	Omnice 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990716418	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,80	24,07	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,79

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3648	Tamsulosinum	Omic Ocas 0,4, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990219070	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	19,12	24,41	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,13
3649	Tamsulosinum	Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991092184	2017-03-01	5 lat	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,99	65,43	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	19,59
3650	Tamsulosinum	Tamsudil, kaps. twarde o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt. (9 blist.po 10)	05909990565962	2019-03-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	56,65	68,22	55,44	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,38
3651	Tamsulosinum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909991191221	2019-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	18,21	23,45	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	8,17
3652	Tamsulosinum	Urostad 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909997226293	2019-07-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,80	15,67	15,67	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	3,20
3653	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	60 szt.	05909990865598	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	190,90	217,50	191,69	Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana		bezpłatny do limitu	25,81
3654	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990865635	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	286,35	320,00	287,53	Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana		bezpłatny do limitu	32,47
3655	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	60 szt.	05909990865666	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	366,51	406,45	383,38	Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana		bezpłatny do limitu	23,07

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3656	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 250 mg	60 szt.	05909990865697	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	433,66	479,22	479,22	Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana		bezpłatny do limitu	0,00
3657	Tapentadolium	Palexia retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	60 szt.	05909990865567	2021-07-01	3 lata	153.5, Opioidowe leki przeciwbólowe - tapentadol	95,22	113,03	95,84	Przewlekły ból o dużym nasileniu w przebiegu chorób nowotworowych - u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli bólu po zastosowaniu morfiny o zmodyfikowanym lub przedłużonym uwalnianiu lub u których nie jest tolerowana		bezpłatny do limitu	17,19
3658	Telmisartan	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,17	25,43	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,82
3659	Telmisartan	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,35	49,00	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	23,77
3660	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,21	13,29	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,98
3661	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,41	25,68	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,07
3662	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,60	32,18	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,57
3663	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,21	16,44	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,13
3664	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,42	32,00	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,39

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3665	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,37	11,36	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,05
3666	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,20	21,26	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,65
3667	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,10	11,08	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,77
3668	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,42	21,49	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,88
3669	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991036768	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	12,89	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,58
3670	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,04	20,04	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,43
3671	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991229801	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,63	21,71	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,10
3672	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991036867	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,66	24,89	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,28
3673	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,15	12,18	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,87
3674	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,30	23,47	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,86

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3675	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,64	11,64	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,33
3676	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991018436	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,31	21,38	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,77
3677	Telmisartanum	Telmisartan Orion, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991367329	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,37	11,36	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,05
3678	Telmisartanum	Telmisartan Orion, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991367374	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,74	21,83	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,22
3679	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,31	15,50	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,19
3680	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,62	30,11	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	17,50
3681	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,94	16,16	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,85
3682	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,88	31,42	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,81
3683	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,54	10,49	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,18
3684	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,99	10,96	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3685	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 tabl.	05909990818082	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	13,18	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,87
3686	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,08	20,08	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,47
3687	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,03	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,42
3688	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,71	24,95	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,34
3689	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,08	20,08	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,47
3690	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,03	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,42
3691	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 tabl.	05909990818150	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	25,46	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,85
3692	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305	2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,15	38,28	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,05
3693	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,89	39,06	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,83
3694	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,42	48,02	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	22,79



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3695	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 tabl.	05909997077628	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	25,22	30,73	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,12
3696	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,29	37,40	27,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	18,48
3697	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05903792743566	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,04	18,99	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,38
3698	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05903792743542	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,08	36,11	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,88
3699	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 tabl.	05909997077697	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	50,44	59,59	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	34,36
3700	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05903792743559	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2021-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	42,12	52,86	52,86	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	15,86
3701	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	60,59	72,25	54,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	34,41
3702	Telmisartanum	Tolura 40 mg tabletki, tabl. powł., 40 mg	28 tabl.	05909997077604	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,02	14,14	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,83
3703	Telmisartanum	Tolura 80 mg tabletki, tabl. powł., 80 mg	28 tabl.	05909997077673	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,04	27,39	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,78
3704	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,10	13,18	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,87

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3705	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,11	20,12	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,51
3706	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	25,46	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,85
3707	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2021-05-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	30,22	38,36	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,13
3708	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,48	11,47	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,16
3709	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926	2021-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	16,96	22,06	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 18 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,45
3710	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684	2021-07-01	2 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,55	10,50	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,19
3711	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660	2021-07-01	2 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,55	10,50	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,19
3712	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721	2021-07-01	2 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,11	20,12	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,51
3713	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707	2021-07-01	2 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,11	20,12	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,51
3714	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626	2021-03-01	2 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,08	13,15	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,84
3715	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541	2021-03-01	2 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,08	13,15	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3716	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787	2021-03-01	2 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,15	25,41	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,80
3717	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701	2021-03-01	2 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,15	25,41	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,80
3718	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	29,65	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,04
3719	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	29,65	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,04
3720	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991080051	2019-07-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,84	30,33	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,72
3721	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991080174	2019-07-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,84	30,33	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,72
3722	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909991020026	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,35	37,17	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,56
3723	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,08	37,94	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,33
3724	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451	2019-11-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,40	15,59	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,28
3725	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598	2019-11-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	30,29	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,68
3726	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703	2019-11-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,80	30,29	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,68
3727	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157	2019-11-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,50	12,55	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,24

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3728	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188	2019-11-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,01	24,21	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,60
3729	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218	2019-11-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,01	24,21	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,60
3730	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732	2019-11-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	15,28	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,97
3731	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848	2019-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,73	30,22	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,61
3732	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909	2019-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,73	30,22	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,61
3733	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991410667	2021-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,23	22,34	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,73
3734	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991421816	2020-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,82	22,96	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,35
3735	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932	2021-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,89	11,90	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,59
3736	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963	2021-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,78	22,92	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,31
3737	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007	2021-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,78	22,92	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,31
3738	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,50	16,75	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,44
3739	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	32,60	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,99

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3740	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,00	32,60	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,99
3741	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994	2019-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,60	14,75	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,44
3742	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007	2019-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,20	28,61	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,00
3743	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038	2019-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,20	28,61	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,00
3744	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045	2019-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,40	55,35	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,12
3745	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069	2019-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,20	28,61	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,00
3746	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076	2019-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	46,40	55,35	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,12
3747	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180	2021-07-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,88	15,04	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,73
3748	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203	2021-07-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,76	29,20	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,59
3749	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265	2019-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	40,50	48,13	27,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	29,21
3750	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692	2021-07-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,76	29,20	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,59
3751	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722	2021-07-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	47,52	56,53	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,30

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3752	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746	2019-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	81,00	93,68	54,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	55,84
3753	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807	2021-07-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,76	29,20	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,59
3754	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852	2021-07-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	47,52	56,53	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	31,30
3755	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876	2019-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	81,00	93,68	54,06	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	55,84
3756	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874	2021-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	8,61	11,61	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,30
3757	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898	2021-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,22	22,33	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,72
3758	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942	2021-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,22	22,33	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,72
3759	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966	2021-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,44	42,79	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,56
3760	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062	2021-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,22	22,33	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,72
3761	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086	2021-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,44	42,79	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,56
3762	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,15	15,32	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,01
3763	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040	2020-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,80	22,94	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,33

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3764	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	29,77	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,16
3765	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057	2020-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,60	44,01	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,78
3766	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	29,77	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,16
3767	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064	2020-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,60	44,01	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	18,78
3768	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990768011	2022-01-01	3 lata	76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,46	62,59	34,50	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	34,06
3769	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990768011	2022-01-01	3 lata	76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	53,46	62,59	34,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	38,44
3770	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990767816	2022-01-01	3 lata	76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,59	13,20	6,90	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	9,50
3771	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990767816	2022-01-01	3 lata	76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	10,59	13,20	6,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,37
3772	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915	2022-01-01	3 lata	76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	26,46	31,92	17,25	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	17,87
3773	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915	2022-01-01	3 lata	76,0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	26,46	31,92	17,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3774	Terazosinum	Komam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,82	20,91	7,39	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	16,72
3775	Terazosinum	Komam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	17,82	20,91	7,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,74
3776	Terazosinum	Komam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,81	37,73	18,48	Przerost gruczołu krokowego		ryczałt	22,45
3777	Terazosinum	Komam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317	2022-01-01	3 lata	76.0, Leki stosowane w leczeniu łagodnego przerostu gruczołu krokowego - blokujące receptory alfa-adrenergiczne	31,81	37,73	18,48	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,79
3778	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057	2022-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	19,87	26,05	22,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	14,78
3779	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064	2022-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	39,74	49,79	45,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	27,24
3780	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043	2021-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	16,74	22,78	22,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	11,51
3781	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050	2022-01-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	35,28	45,10	45,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	22,55
3782	Terbinafinum	Terbinafine Aurobindo, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990955268	2019-07-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	29,05	38,56	38,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	19,28
3783	Terbinafinum	Zeelfon, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503	2019-11-01	3 lata	50.0, Dermatologiczne leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego - terbinafina	38,88	48,88	45,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		50%	26,33
3784	tert-Butylamini Perindoprilum	Prenessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,22	24,18	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	20,03



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3785	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,94	7,87	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	5,79
3786	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,88	15,42	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	11,27
3787	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165	2019-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	14,67	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,59
3788	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134	2019-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	14,67	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,59
3789	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240	2019-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	28,47	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,32
3790	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196	2019-05-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,30	28,47	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	24,32
3791	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,94	12,07	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,99
3792	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,65
3793	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,94	12,07	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	9,99
3794	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,65

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3795	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,65
3796	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,74	46,50	21,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	38,20
3797	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,87	23,80	10,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,65
3798	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestożek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907	2019-09-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	39,74	46,50	21,10	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	38,20
3799	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569	2022-01-01	3 lata	44.0, Inhibitory konwertazy angiotensyny - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,28	15,57	5,28	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	13,49
3800	Tetrabenazinum	Tetmodis, tabl., 25 mg	112 szt.	05909990805594	2020-01-01	3 lata	238.0, Inne leki działające na układ nerwowy - tetrabenazyna	432,00	477,44	477,44	Hiperkinetyczne zaburzenia motoryczne w chorobie Huntingтона		ryczałt	3,20
3801	Theophylline	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	6,24	8,31	5,99	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	5,52
3802	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt.	09120099670104	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	3,37	4,95	4,79	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,36
3803	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt.	09120099670111	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	5,05	7,39	7,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	3,40
3804	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	203.0, Inne leki doustne stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych - teofilina - postacie o przedłużonym uwalnianiu	8,41	11,98	11,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	bradykardia u dzieci do 18 roku życia	ryczałt	4,00

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3805	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511	2022-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postaci do podawania doustnego	18,36	24,64	24,64	Nowotwory złośliwe		ryczałt	3,20
3806	Thiethylperazinum	Torecan, tabl. powł., 6,5 mg	50 szt.	05909990242511	2022-01-01	3 lata	206.2, Leki przeciwhistaminowe o działaniu przeciwwymiotnym - tietyloperazyna - postaci do podawania doustnego	18,36	24,64	24,64	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,39
3807	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 10 mg	50 szt.	05909990058839	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postaci farmaceutyczne	162,00	186,85	186,85	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3808	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 15 mg	50 szt.	05909990058846	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postaci farmaceutyczne	246,24	277,43	277,43	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3809	Tiagabinum	Gabitril, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990058822	2022-01-01	3 lata	162.3, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - tiagabina - stałe postaci farmaceutyczne	77,76	94,40	93,42	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	4,18
3810	Tianeptinum	Atinepte, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990997152	2021-03-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,15	19,85	10,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,80
3811	Tianeptinum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991267131	2019-07-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	11,83	15,31	10,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	8,26
3812	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991290016	2021-11-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,26	13,66	10,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,61
3813	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. drażowane, 12,5 mg	30 szt.	05909991265984	2020-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,31	13,72	10,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	6,67
3814	Tianeptinum natricum	Coaxil, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990370214	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,68	20,40	10,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	13,35
3815	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990875245	2019-11-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,16	19,86	10,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	12,81
3816	Tianeptinum natricum	Tianesal, tabl. powł., 12,5 mg	90 szt.	05909991201821	2021-09-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	40,49	48,60	30,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	27,45
3817	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powł., 0,25 g	20 szt.	05909990667116	2022-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwplatekcyjne - tyklopidyna	9,09	12,84	11,57	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,74
3818	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powł., 0,25 g	60 szt.	05909990334971	2022-01-01	3 lata	23.2, Doustne leki przeciwplatekcyjne - tyklopidyna	26,68	34,72	34,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,42

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3819	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990187713	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	4,31	5,91	4,83	Jaskra		30%	2,53
3820	Timololum	Ofensin, krople do oczu, roztwór, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990073610	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,28	4,83	4,83	Jaskra		30%	1,45
3821	Timololum	Ofensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	05909990073719	2022-01-01	3 lata	213.0, Leki przeciwjaskrowe - beta-adrenolityki do stosowania do oczu	3,28	4,83	4,83	Jaskra		30%	1,45
3822	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2019-11-01	3 lata	234.0, Leki przeciwnowotworowe - antymetabolity - analogi puryn - tioguanina	415,25	459,41	459,41	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3823	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545	2017-03-01	5 lat	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3824	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545	2017-03-01	5 lat	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,77
3825	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,66	114,47	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	15,11
3826	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,66	114,47	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	42,68
3827	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,66	114,47	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	15,11
3828	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	96,66	114,47	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	42,68
3829	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839	2022-01-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	102,60	120,71	102,56	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące		30%	48,92

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3830	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998	2017-07-01	5 lat	201.2. Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3831	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998	2017-07-01	5 lat	201.2. Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,77
3832	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001	2017-07-01	5 lat	201.2. Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	Ciężka postać POChP z udokumentowanym badaniem spirometrycznym z wartością wskaźnika FEV1<50% oraz ujemną próbą rozkurczową		ryczałt	3,20
3833	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001	2017-07-01	5 lat	201.2. Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	85,31	102,56	102,56	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	30,77
3834	Tizanidinum	Sirdalud MR, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 6 mg	30 szt.	05909990671410	2022-01-01	3 lata	144.0. Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna	43,79	53,67	43,53	Stwardnienie rozsiane		30%	23,20
3835	Tizanidinum	Tizanor, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990784486	2019-05-01	3 lata	144.0. Leki działające rozkurczowo na mięśnie szkieletowe - tizanidyna	21,96	29,02	29,02	Stwardnienie rozsiane		30%	8,71
3836	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990648641	2022-01-01	3 lata	75.2. Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	11,61	14,63	8,04	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	9,00
3837	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	90 szt.	05909991139520	2021-09-01	3 lata	75.2. Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	60,48	72,17	51,68	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	35,99
3838	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642	2021-03-01	3 lata	75.2. Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	19,81	25,08	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	13,02
3839	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666	2021-03-01	3 lata	75.2. Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	19,81	25,08	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	13,02
3840	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680	2021-03-01	3 lata	75.2. Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	39,61	48,26	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	24,15
3841	Tolterodini tartras	Uroflow SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991437473	2021-07-01	3 lata	75.2. Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,62	23,83	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	11,77

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3842	Tolterodinum	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271	2019-07-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	18,49	23,50	16,08	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	12,24
3843	Tolterodinum	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235	2019-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,84	15,92	8,04	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	10,29
3844	Tolterodinum	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549	2019-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,89	32,32	16,08	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	21,06
3845	Tolterodinum	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991023485	2019-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	12,96	16,05	8,04	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	10,42
3846	Tolterodinum	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991023522	2019-03-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	26,89	32,32	16,08	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	21,06
3847	Tolterodinum	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991249038	2019-05-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	24,30	29,80	17,23	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	17,74
3848	Tolterodinum	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991249045	2019-05-01	3 lata	75.2, Leki urologiczne stosowane w nietrzymaniu moczu - solifenacyna, tolterodyna	49,14	58,27	34,45	Zespół pęcherza nadreaktywnego potwierdzony badaniem urodynamicznym		30%	34,16
3849	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990649594	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramát	27,95	36,15	33,75	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,60
3850	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990649617	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramát	55,90	68,93	67,50	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,63
3851	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990649556	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramát	6,98	9,98	8,44	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,74
3852	Topiramatum	Epitoram, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990649570	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramát	13,98	19,04	16,88	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,36

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3853	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990061495	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	29,75	38,04	33,75	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,49
3854	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990061464	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	58,75	71,92	67,50	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	7,62
3855	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990061488	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	7,34	10,36	8,44	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,12
3856	Topiramatum	Etopro, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990061471	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	14,69	19,78	16,88	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,10
3857	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909990715169	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	56,16	69,61	69,61	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3858	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 25 mg	60 szt.	05909990715084	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	16,20	21,58	18,08	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,70
3859	Topiramatum	Oritop, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990715145	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	30,24	38,85	36,16	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,89
3860	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 100 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759019	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	28,94	37,19	33,75	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	6,64
3861	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 200 mg	1 but.po 28 szt.	05909990759118	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	54,54	67,50	67,50	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3862	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 25 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758814	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164,0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	11,19	14,40	8,44	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	9,16

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3863	Topiramatum	Topamax, tabl. powł., 50 mg	1 but.po 28 szt.	05909990758913	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	14,47	19,54	16,88	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	5,86
3864	Topiramatum	Topiramat Bluefish, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990780068	2019-05-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	21,38	29,25	29,25	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3865	Topiramatum	Topiramat Bluefish, tabl. powł., 200 mg	28 szt.	05909990780136	2019-05-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	42,88	55,26	55,26	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3866	Topiramatum	Topiramat Bluefish, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990779925	2019-05-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	5,35	8,27	8,27	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3867	Topiramatum	Topiramat Bluefish, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990779970	2019-05-01	3 lata	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	10,64	15,53	15,53	Padaczka oporna na leczenie		ryczałt	3,20
3868	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 100 mg	30 szt. (blister)	05909990671496	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	28,73	37,28	36,16	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,32
3869	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990671502	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	57,46	70,97	70,97	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	3,20
3870	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 25 mg	30 szt. (blister)	05909990671472	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	7,18	10,34	9,04	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,50
3871	Topiramatum	Toramat, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990671489	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	164.0, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - topiramat	14,36	19,65	18,08	Padaczka oporna na leczenie	zespół Tourette'a	ryczałt	4,77
3872	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2019-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,52	9,37	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,86
3873	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990969012	2019-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,52	9,37	7,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,50



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3874	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2019-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	62,59	76,68	75,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	23,77
3875	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909990969029	2019-11-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	62,59	76,68	75,58	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,10
3876	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,84	8,13	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,62
3877	Tramadolii hydrochloridum	Poltram, kaps., 50 mg	20 szt.	05909990968718	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,84	8,13	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,68
3878	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,86	8,15	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,64
3879	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990967612	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,86	8,15	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,70
3880	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,67	23,05	19,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,51
3881	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990967629	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,67	23,05	19,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,70
3882	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,11	36,82	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,25
3883	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990967636	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	29,11	36,82	32,25	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,57

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3884	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,80	11,99	9,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,21
3885	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990967711	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,80	11,99	9,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,31
3886	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,06	35,34	29,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,02
3887	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990967728	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	28,06	35,34	29,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,31
3888	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,96	54,29	48,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,42
3889	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990967735	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	43,96	54,29	48,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,91
3890	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,74	15,83	12,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,80
3891	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990967810	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	11,74	15,83	12,90	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,93
3892	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,99	43,75	38,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,66
3893	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990967827	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	34,99	43,75	38,70	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	5,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3894	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,68	71,11	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	25,96
3895	Tramadolii hydrochloridum	Poltram Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990967834	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	58,68	71,11	64,50	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	6,61
3896	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2020-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,99	7,24	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,73
3897	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Aurovitas, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991362300	2020-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	4,99	7,24	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,79
3898	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	03838989704100	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,55	20,83	19,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,29
3899	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	03838989704100	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,55	20,83	19,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,48
3900	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	03838989704117	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,92	33,47	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,90
3901	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	03838989704117	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	25,92	33,47	32,25	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,22
3902	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909991389017	2019-07-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,26	9,09	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,58
3903	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909991389017	2019-07-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,26	9,09	7,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,22

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3904	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909991389000	2019-07-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	59,40	73,33	73,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,00
3905	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml	05909991389000	2019-07-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	59,40	73,33	73,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3906	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	03838989704124	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,33	30,39	29,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,07
3907	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	03838989704124	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,33	30,39	29,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,36
3908	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	03838989704131	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,88	48,95	48,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	15,08
3909	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	03838989704131	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	38,88	48,95	48,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,57
3910	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	03838989704148	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,10	39,67	38,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,58
3911	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	03838989704148	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	31,10	39,67	38,70	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,97
3912	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	03838989704155	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,84	63,93	63,93	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,18
3913	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	03838989704155	2019-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	51,84	63,93	63,93	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3914	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2019-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,18	7,44	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,93
3915	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol Krka, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909991376819	2019-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,18	7,44	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,99
3916	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,18	12,16	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,65
3917	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, krople doustne, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990294718	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	9,18	12,16	7,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	4,29
3918	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,24	9,60	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,09
3919	Tramadolii hydrochloridum	Tramadol SYNTEZA, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990294619	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,24	9,60	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	3,15
3920	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,26	9,09	7,87	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,58
3921	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 10 ml	05909990253913	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	6,26	9,09	7,87	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,22
3922	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	61,54	75,58	75,58	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	22,67
3923	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, krople doustne, roztwór, 100 mg/ml	1 but.po 96 ml z pompką	05909990253920	2022-01-01	3 lata	153.4, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - płynne postacie farmaceutyczne	61,54	75,58	75,58	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3924	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,62	7,90	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,39
3925	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, kaps. twarde, 50 mg	20 szt.	05909990253616	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,62	7,90	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,45
3926	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	4,17	5,65	4,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,58
3927	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990253814	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	4,17	5,65	4,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,27
3928	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	6,05	8,76	8,76	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,63
3929	Tramadolii hydrochloridum	Tramal, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990253821	2022-01-01	3 lata	153.2, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania pozajelitowego	6,05	8,76	8,76	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3930	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,62	6,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,11
3931	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	10 szt.	05909990786213	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,62	6,45	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,17
3932	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,18	21,49	19,35	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,95
3933	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	30 szt.	05909990786220	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,18	21,49	19,35	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,14
3934	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,78	34,37	32,25	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,80

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3935	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 100, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 100 mg	50 szt.	05909990786237	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	26,78	34,37	32,25	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,12
3936	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,01	11,16	9,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,38
3937	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	10 szt.	05909990786312	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,01	11,16	9,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,48
3938	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,36	30,41	29,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	10,09
3939	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909990786329	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,36	30,41	29,03	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,38
3940	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,09	50,22	48,38	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	16,35
3941	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 150, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990786336	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	40,09	50,22	48,38	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,84
3942	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,74	14,78	12,90	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,75
3943	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	10 szt.	05909990786411	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,74	14,78	12,90	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,88
3944	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,21	40,82	38,70	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,73

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3945	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	30 szt.	05909990786428	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,21	40,82	38,70	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,12
3946	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,68	65,87	64,50	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	20,72
3947	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 200, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990786435	2022-01-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	53,68	65,87	64,50	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,37
3948	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	2,78	3,92	3,23	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,66
3949	Tramadolii hydrochloridum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	10 szt.	05909990780303	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	2,78	3,92	3,23	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,69
3950	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2021-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	15,08	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,92
3951	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990735167	2021-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,79	15,08	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,57
3952	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	21,77	21,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,53
3953	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909991143923	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	21,77	21,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3954	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2021-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,58	28,54	28,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,56



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3955	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909990936595	2021-07-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,58	28,54	28,54	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3956	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,18	41,36	41,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,41
3957	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Doreta, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991143930	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,18	41,36	41,36	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3958	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,81	7,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,73
3959	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990971763	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,81	7,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,55
3960	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,63	14,91	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,75
3961	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990971794	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,63	14,91	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,40
3962	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,94	21,62	21,62	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,49
3963	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Exbol, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	03830070471243	2021-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,94	21,62	21,62	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3964	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2021-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,36	7,82	7,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,74

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3965	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990806287	2021-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,36	7,82	7,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,56
3966	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2021-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,72	15,01	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,85
3967	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990806294	2021-05-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,72	15,01	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,50
3968	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	21,77	21,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,53
3969	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Padolten, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990806300	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,09	21,77	21,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3970	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,59	5,27	4,84	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	1,88
3971	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	20 szt.	05909990840984	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	3,59	5,27	4,84	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,43
3972	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,45	7,91	7,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,83
3973	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990840991	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,45	7,91	7,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,65
3974	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,91	15,21	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,05

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3975	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990841004	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,91	15,21	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,70
3976	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,36	22,06	21,77	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,82
3977	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Poltram Combo, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990981472	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	16,36	22,06	21,77	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,29
3978	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990964086	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	21,63	21,63	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,49
3979	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramadol + Paracetamol Genoptim, tabl. powł., 37,5+325 mg	90 szt.	05909990964086	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	15,95	21,63	21,63	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3980	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,84	23,98	23,98	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,19
3981	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	100 szt.	05909990959563	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	17,84	23,98	23,98	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3982	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,81	7,26	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	2,73
3983	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	30 szt.	05909990959457	2020-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	5,35	7,81	7,26	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,55
3984	Tramadoli hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,84

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3985	Tramadolii hydrochloridum + Paracetamolium	Tramapar, tabl. powł., 37,5+325 mg	60 szt.	05909990959488	2021-09-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,49
3986	Tramadolum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,10	11,26	9,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,48
3987	Tramadolum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt.	05909990780334	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	8,10	11,26	9,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	1,58
3988	Tramadolum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	18,18	16,13	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,89
3989	Tramadolum	Tramal Retard 50, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	50 szt.	05909990780341	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	13,50	18,18	16,13	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	2,05
3990	Tramadolum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,58	14,86	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,70
3991	Tramadolum + Paracetamolium	Palgotal, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991195076	2019-03-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,58	14,86	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,35
3992	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,14	10,25	9,68	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,47
3993	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	20 szt.	05909991283735	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	7,14	10,25	9,68	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,57
3994	Tramadolum + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	14,51	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,84

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
3995	Tramadolium + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	30 szt.	05909991283742	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	10,71	15,00	14,51	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,49
3996	Tramadolium + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,44	28,39	28,39	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,52
3997	Tramadolium + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	60 szt.	05909991283759	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	21,44	28,39	28,39	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
3998	Tramadolium + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,15	41,33	41,33	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	12,40
3999	Tramadolium + Paracetamolium	Poltram Combo Forte, tabl. powł., 75+650 mg	90 szt.	05909991283766	2021-11-01	3 lata	153.3, Opioidowe leki przeciwbólowe - tramadol - postacie do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	32,15	41,33	41,33	Nowotwory złośliwe		bezpłatny do limitu	0,00
4000	Travoprostum	Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05906414003161	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,43	35,42	33,65	Jaskra		ryczałt	4,97
4001	Travoprostum	Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05906414003178	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	82,30	99,04	99,04	Jaskra		ryczałt	8,00
4002	Travoprostum	Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	4 but.a 2,5 ml	05900411002554	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	109,73	129,22	129,22	Jaskra		ryczałt	10,67
4003	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0.04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,48	37,57	33,65	Jaskra		ryczałt	7,12

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4004	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629	2019-05-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	27,43	35,42	33,65	Jaskra		ryczałt	4,97
4005	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 poj.a 2,5 ml	05909991321949	2021-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,48	37,57	33,65	Jaskra		ryczałt	7,12
4006	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 poj.a 2,5 ml	05909991321956	2021-09-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	88,45	105,49	100,95	Jaskra		ryczałt	12,54
4007	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	35,81	44,21	33,65	Jaskra		ryczałt	13,76
4008	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,97	38,09	33,65	Jaskra		ryczałt	7,64
4009	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	89,91	107,03	100,95	Jaskra		ryczałt	14,08
4010	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	119,88	139,86	134,60	Jaskra		ryczałt	15,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4011	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991447106	2022-01-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,76	31,57	31,57	Jaskra		ryczałt	3,20
4012	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420	2020-03-01	3 lata	214.0, Leki przeciwjaskrowe - analogi prostaglandyn do stosowania do oczu - produkty jednoskładnikowe i złożone	29,97	38,09	33,65	Jaskra		ryczałt	7,64
4013	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,42	21,19	10,07	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	14,14
4014	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,33	58,95	30,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	37,80
4015	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621	2022-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	13,27	16,23	7,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	10,95
4016	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645	2021-09-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	25,16	30,31	15,11	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	19,73
4017	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799	2021-01-01	3 lata	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	50,76	59,39	30,21	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		30%	38,24
4018	Triamcinolonum	Polcortolon, tabl., 4 mg	20 szt. (2 blist.po 10 szt.)	05909990915446	2021-11-01	3 lata	82.6, Kortykosteroidy do stosowania ogólnego - glikokortykoidy do podawania doustnego - triamcynolon	15,64	21,20	21,20	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,36
4019	Triptorelinum	Diphereline SR 11,25 mg, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 11.25 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990894413	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	559,44	612,67	563,14	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	59,13
4020	Triptorelinum	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3.75 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990486915	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	129.0, Leki przeciwnowotworowe i immunomodulujące - analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	268,92	298,81	175,20	Nowotwory złośliwe - Rak prostaty	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	126,81
4021	Triptorelinum	Gonapeptyl Daily, roztwór do wstrzykiwań, 0.1 mg/ml	7 amp.-strz.po 1 ml	05909990707553	2021-07-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	69.2, Leki stosowane w terapii hormonalnej – analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę	146,50	170,03	170,03	Desensybilizacja przysadki mózgowej i zapobieganie przedwczesnej owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, poddawanych kontrolowanej hiperstymulacji jajników - refundacja do 3 cykli	obniżenie popędu u osób z rozpoznaniem zaburzeń preferencji seksualnych w przypadku braku skuteczności lub przeciwwskazań do stosowania cyproteronu	ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4022	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125524	2022-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	6,48	10,34	10,34	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4023	Tropicamidum	Tropicamidum WZF 1%, krople do oczu, roztwór, 10 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990125623	2022-01-01	3 lata	226.0, Leki antycholinergiczne do stosowania do oczu	9,72	13,75	13,75	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4024	Umeclidinii bromidum	Incruse Ellipta, proszek do inhalacji, 55 µg	30 daw.	05909991108953	2020-09-01	3 lata	201.2, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty jednoskładnikowe	101,87	119,94	102,56	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	48,15
4025	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984	2021-03-01	3 lata	201.3, Wziewne leki antycholinergiczne o długim działaniu - produkty złożone z lekami beta-2-adrenergicznymi o długim działaniu	151,20	175,12	173,53	Przewlekła obturacyjna choroba płuc – leczenie podtrzymujące u pacjentów powyżej 18 roku życia		30%	53,65
4026	Urofollitropinum	Fostimon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 75 j.m./ml	1 fiol. z prosz.p. 75 j.m. + 1 amp. z rozp.po 1 ml	05909991083212	2021-07-01	3 lata	69.1, Hormony płciowe - gonadotropiny	56,16	70,73	70,73	Kontrolowana hiperstymulacja jajników u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia w celu uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)), u których nie stwierdza się wcześniejszych, niedostatecznych odpowiedzi na stymulację owulacji oraz bez nawracających poronień z tym samym partnerem - refundacja do 3 cykli; Brak owulacji u pacjentek w wieku poniżej 40 roku życia, u których nie uzyskano odpowiedzi po zastosowaniu cytrynianu klomifenu, rokujących uzyskanie prawidłowej odpowiedzi na stymulację jajczkowania (hormon folikulotropowy - FSH poniżej 15 mIU/ml w 2-3 dniu cyklu lub hormon antymüllerowski - AMH powyżej 0,7 ng/ml (wg II standardu)) – refundacja do 3 cykli		ryczałt	3,20



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4027	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigenis praeparatum (Szczepionka przeciw grypie, antygen powierzchniowy, inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulkach - strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352	2020-09-01	2 lata	247.0, Szczepionki przeciw grypie	40,71	51,56	51,56	Profilaktyka grypy u osób w wieku od 18. roku życia do 65. roku życia o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań pogrypowych tj.: 1) po transplantacji narządów, 2) chorujących na niewydolność układu oddechowego, astmę oskrzelową, przewlekłą obturacyjną chorobę płuc, niewydolność układu krążenia, chorobę wieńcową, niewydolność nerek, nawracający zespół nerczycowy, choroby wątroby, choroby metaboliczne (w tym cukrzycę), choroby neurologiczne i neurodegeneracyjne; 3) w stanach obniżonej odporności (w tym po przeszczepie tkanek i chorujących na nowotwory układu krwiotwórczego) oraz u kobiet w ciąży		50%	25,78
4028	Valganciclovirum	Sperart, tabletki powlekane, 450 mg	60 tabl.	05909991257354	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116.0, Leki przeciwwirusowe - valgancyclovir - postaci do stosowania doustnego	756,00	817,64	477,44	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepem narządów mięsistych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepem nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie	zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepem kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	343,40
4029	Valganciclovirum	Valcyclox, tabletki powlekane, 450 mg	60 tabl.	05909991228620	2017-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116.0, Leki przeciwwirusowe - valgancyclovir - postaci do stosowania doustnego	918,00	987,74	477,44	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepem narządów mięsistych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepem nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie	zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepem kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	513,50

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4030	Valganciclovirum	Valcyte, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 50 mg/ml	1 but.po 12 g	05902768001082	2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2020-09-01/<2>2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116.2, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir do stosowania doustnego - płynne postaci farmaceutyczne	955,80	1041,18	1041,18	Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów mięszszowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej	<1>zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; <2>zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie - w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do stosowania walgancyklowiru w stałej doustnej postaci farmaceutycznej	ryczałt	3,20
4031	Valganciclovirum	Valhit, tabl. powł., 450 mg	60 szt.	05909991284381	<1>2017-03-01/<2>2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	<1>5 lat/<2>3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	116.0, Leki przeciwwirusowe - walgancyklowir - postacie do stosowania doustnego	432,00	477,44	477,44	<1>Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom narządów mięszszowych - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; <2>Zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom nerek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 200 dni po przeszczepie	zakażenie wirusem cytomegalii u pacjentów poddawanych przeszczepom kończyny, rogówki, szpiku, tkanek lub komórek - profilaktyka po zakończeniu hospitalizacji związanej z transplantacją do 110 dni po przeszczepie; zakażenia wirusem cytomegalii po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie; zakażenia wirusem Ebsteina-Barr po transplantacji narządów lub szpiku - leczenie	ryczałt	3,20
4032	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.. (4 blist.po 7 szt.)	05909990773763	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,20	25,46	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,85
4033	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.. (4 blist.po 7 szt.)	05909990773695	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,25	13,33	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,02
4034	Valsartanum	Awalone, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	05909990688739	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,01	20,01	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,40
4035	Valsartanum	Awalone, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	05909990688548	2017-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,51	10,46	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,15

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4036	Valsartanum	Axudan, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	05909991253912	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,31	19,28	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,67
4037	Valsartanum	Axudan, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	05909991253226	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,40	10,34	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,03
4038	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (2 blist. po 14 szt.)	05909990751877	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,66	24,89	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	12,28
4039	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (2 blist. po 14 szt.)	05909990751594	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,83	12,89	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,58
4040	Valsartanum	Diovan, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990929214	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	26,58	32,16	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,55
4041	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990831067	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	26,93	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,32
4042	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909990831081	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,29	40,53	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	15,30
4043	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	46,32	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	21,09
4044	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990830961	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	13,91	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,60
4045	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909990830985	2021-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,71	20,75	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	8,14

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4046	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,74	23,93	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	11,32
4047	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,72	12,78	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,47
4048	Valsartanum	Valorion, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	05909991299590	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,01	20,01	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,40
4049	Valsartanum	Valorion, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	05909991299583	2017-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,51	10,46	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	4,15
4050	Valsartanum	Valsacor 160, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05909990818983	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	44,44	53,59	38,61	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	26,56
4051	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,50	25,79	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,18
4052	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05909990818990	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	64,80	76,97	57,92	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	36,43
4053	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909991460914	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,65	31,46	31,46	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,44
4054	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909991455798	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2022-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	23,73	31,55	31,55	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,47
4055	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990779147	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,47	50,16	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	24,93

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4056	Valsartanum	Valsacor 80, tabl. powł., 80 mg	60 szt.	05909990818853	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	22,23	27,79	19,31	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	14,27
4057	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074945	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,25	13,33	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,02
4058	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 80 mg	90 szt.	05909990818860	2019-11-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	32,40	39,84	28,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	19,57
4059	Valsartanum	Valsartan Aurovitas, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	05909991345815	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	13,82	18,77	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	6,16
4060	Valsartanum	Valsartan Aurovitas, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	05909991345785	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,91	9,83	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	3,52
4061	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909991282608	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	11,88	16,72	16,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,02
4062	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991282455	2020-11-01 - dla kolumny 12, 2020-11-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	5,94	8,81	8,81	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	2,64
4063	Valsartanum	Valtap, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990804580	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	16,96	16,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,09
4064	Valsartanum	Valtap, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909991088118	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	32,03	32,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	9,61
4065	Valsartanum	Valtap, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990804542	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	6,21	9,09	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	2,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4066	Valsartanum	Valtap, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909991088101	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	17,29	17,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,19
4067	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,36	23,53	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	10,92
4068	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,18	12,21	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	5,90
4069	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990827480	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,74	26,03	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	13,42
4070	Valsartanum	Vanatex, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990827459	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2019-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,37	13,46	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	nadciśnienie tętnicze inne niż określone w ChPL - u dzieci do 6 roku życia; przewlekła choroba nerek u dzieci do 18 roku życia; leczenie renoprotekcyjne u dzieci do 18 roku życia	30%	7,15
4071	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+12,5 mg	28 tabl.	05909991251857	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,31	19,28	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,67
4072	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 tabl.	05909991254407	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	14,31	19,28	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,67
4073	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 320+25 mg	28 szt.	05909991325749	2017-09-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	28,62	36,68	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,45
4074	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991325572	2017-09-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,15	10,08	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	3,77
4075	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255	2019-03-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,55	26,88	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,27
4076	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg	14 tabl.	05909991305932	2017-07-01	5 lat	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	7,99	10,96	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	4,65

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
4077	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909991282028	2019-11-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,88	20,93	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,32
4078	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740864	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,84	26,13	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,52
4079	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 tabl.	05909991305949	2017-07-01	5 lat	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	15,98	21,03	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	8,42
4080	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740833	2019-07-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	13,34	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,03
4081	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	26,93	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,32
4082	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008	2021-11-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	31,01	39,19	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,96
4083	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,60	26,93	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,32
4084	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	34,56	42,92	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	17,69
4085	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176	2019-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	46,32	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,09
4086	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244	2019-09-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	37,80	46,32	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,09
4087	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927	2019-03-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,80	13,91	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,60
4088	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	17,28	22,39	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,78

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4089	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,50	25,79	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,18
4090	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 tabl.	05909990740253	2018-01-01	5 lat	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	46,89	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,66
4091	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260	2019-07-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	67,09	79,76	63,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	35,61
4092	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	20,50	25,79	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	13,18
4093	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	56 tabl.	05909990740284	2018-01-01	5 lat	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	38,34	46,89	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	21,66
4094	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291	2019-07-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	67,09	79,76	63,07	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	35,61
4095	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464	2019-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,47	50,16	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,93
4096	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501	2019-05-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	41,47	50,16	36,04	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	24,93
4097	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 tabl.	05909990740192	2018-01-01	5 lat	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	9,61	12,66	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	6,35
4098	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 tabl.	05909990740208	2018-01-01	5 lat	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	19,17	24,38	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,77
4099	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239	2019-07-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	33,54	41,33	31,54	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	19,25
4100	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist. po 14 szt.)	05909990704132	2022-01-01	3 lata	45,0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,74	23,93	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,32



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4101	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704262	2022-01-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	18,74	23,93	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	11,32
4102	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990801961	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,10	16,96	16,96	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,09
4103	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909991067557	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,19	32,03	32,03	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,61
4104	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990802005	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	12,42	17,29	17,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	5,19
4105	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909991067564	2020-09-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	24,84	32,71	32,71	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	9,81
4106	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,55	26,88	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,27
4107	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	21,55	26,88	18,02	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	14,27
4108	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351	2019-05-01	3 lata	45.0, Antagoniści angiotensyny II - produkty jednoskładnikowe i złożone	10,26	13,34	9,01	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		30%	7,03
4109	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956	2022-01-01 - dla kolumny 12, <1>2019-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	32,40	41,55	41,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,47
4110	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400	2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-09-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	21,82	30,80	30,80	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,24
4111	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886	2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-09-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	27,00	36,24	36,24	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,87

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4112	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991197735	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	68,48	83,58	83,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	25,07
4113	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990047901	2019-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,74	12,19	10,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,78
4114	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,20	21,86	21,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,06
4115	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978	2019-03-01 - dla kolumny 12, <1>2019-03-01/<2>2021-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,91	16,55	16,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,97
4116	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318	2019-09-01 - dla kolumny 12, <1>2019-09-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	10,91	16,55	16,55	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,97
4117	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728	2021-03-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,25	43,85	43,85	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,16
4118	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	33,26	42,45	42,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,84
4119	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,64	12,08	10,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,67

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4120	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,63	22,31	21,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,51
4121	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,02	43,25	42,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,64
4122	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	18,58	24,35	21,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,55
4123	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	33,48	42,68	42,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,07
4124	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990715299	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,34	10,72	10,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,31
4125	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,74	22,43	21,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,63
4126	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	27,86	36,78	36,78	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	11,03
4127	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990721498	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,97	10,33	10,33	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,10
4128	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	13,93	19,48	19,48	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,84

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4129	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	36,18	45,52	42,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	15,91
4130	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,05	12,51	10,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,10
4131	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,70	23,44	21,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,64
4132	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	31,97	41,10	41,10	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	12,33
4133	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	7,99	11,40	10,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	3,99
4134	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359	2020-09-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	15,98	21,63	21,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	6,83
4135	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,68	31,34	31,34	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,40
4136	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	77,76	96,02	96,02	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	28,81
4137	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,48	9,81	9,81	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	2,94

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrycyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4138	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819	2019-07-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,14	30,15	30,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,05
4139	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,96	18,46	18,46	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,54
4140	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	42,66	55,16	55,16	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	16,55
4141	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	38,97	48,45	42,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	18,84
4142	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	9,71	13,21	10,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,80
4143	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	19,47	25,29	21,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	10,49
4144	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	22,12	30,76	30,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	9,23
4145	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 kaps.	05909991135096	2018-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	5 lat - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	6,32	9,65	9,65	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	2,90
4146	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996	2019-05-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	12,83	18,32	18,32	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	5,50

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4147	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 37,5 mg	28 szt.	05909991093815	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,64	12,08	10,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,67
4148	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 37,5 mg	56 szt.	05909991093822	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,28	22,99	21,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,19
4149	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991093914	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,28	22,99	21,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,19
4150	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991093921	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,56	43,82	42,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,21
4151	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,04	43,27	42,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	13,66
4152	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,51	11,95	10,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,54
4153	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,02	22,72	21,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,92
4154	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	16,41	24,76	24,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	7,43
4155	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,21	13,47	13,47	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,04

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4156	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	34,78	44,04	42,30	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	14,43
4157	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37.5 mg	28 szt.	05909990040971	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	8,64	12,08	10,58	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	4,67
4158	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2020-09-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, <1>3 lata/<2>2 lata - dla kolumny 13	187.0, Leki przeciwdepresyjne - inne	17,28	22,99	21,15	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe	<1>bólowa polineuropatia cukrzycowa; <2>neuralgia lub neuropatia w obrębie twarzy	30%	8,19
4159	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 tabl.	05909990045419	2018-01-01	5 lat	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkilaminy - werapamil	5,62	8,17	8,17	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,20
4160	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 tabl.	05909990045211	2018-01-01	5 lat	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkilaminy - werapamil	2,30	3,21	2,72	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,21
4161	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 tabl.	05909990045310	2018-01-01	5 lat	42.0, Antagoniści wapnia - pochodne fenyloalkilaminy - werapamil	4,10	5,88	5,45	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	3,63
4162	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	204,74	232,85	232,85	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4163	Vigabatrinum	Sabril, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990312818	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01	3 lata	162.2, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - stałe postacie farmaceutyczne	204,74	232,85	232,85	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20
4164	Vigabatrinum	Sabril, granulaty do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01 - dla kolumny 12, 2021-07-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	119,75	140,53	140,53	<1>Padaczka oporna na leczenie	stany napadowe w przebiegu stwardnienia guzowatego - monoterapia	ryczałt	3,20
4165	Vigabatrinum	Sabril, granulaty do sporządzania roztworu doustnego, 500 mg	50 sasz.	05909990832712	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01	3 lata	162.1, Leki przeciwpadaczkowe do stosowania doustnego - wigabatryna - płynne postacie farmaceutyczne	119,75	140,53	140,53	<2>Zespół Westa		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4166	Voriconazolum	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2019-09-01 - dla kolumny 12, 2020-03-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	135,79	157,32	136,19	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	24,33
4167	Voriconazolum	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2021-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 3 lata - dla kolumny 13	112.1, Leki przeciwgrzybicze do stosowania ogólnego – pochodne triazolu – worykonazol	178,20	204,29	204,29	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji	profilaktyka inwazyjnych zakażeń grzybiczych u pacjentów wysokiego ryzyka z zespołami przebiegającymi z niedoborami odporności	ryczałt	3,20
4168	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05702157142187	2022-01-01	2 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	100,44	119,23	119,23	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	35,77
4169	Vortioxetini hydrobromidum	Brintellix, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05702150152749	2021-07-01	2 lata	225.2, Leki przeciwdepresyjne - wortioksetyna	50,22	62,50	59,62	Leczenie dużych epizodów depresyjnych u dorosłych, u których w leczeniu bieżącego epizodu nie uzyskano poprawy mimo zastosowania leku z grupy selektywnych inhibitorów zwrotnego wychwyty serotoniny lub z grupy inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny i noradrenaliny		30%	20,77
4170	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	14,47	17,86	9,88	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	12,25
4171	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382	2022-01-01	3 lata	21.0, Leki przeciwzakrzepowe z grupy antagonistów witaminy K	23,33	28,44	16,47	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	19,08
4172	Wyciągi alergenowe roztoczy kurzu domowego	Novo-Helisen Depot, zawiesina do wstrzykiwań, stężenie 3 - 5000 TU/ml lub 5000 PNU/ml	2 fioł.po 4,5 ml (stężenie 3)	05909990766871	2019-11-01	3 lata	214.1, Alergeny kurzu domowego	1058,40	1140,06	687,36	We wszystkich zarejestrowanych wskazaniach na dzień wydania decyzji		ryczałt	486,30
4173	Ziprasidonum	Zypsila, kaps. twarde, 80 mg	56 szt.	05909990681228	2022-01-01 - dla kolumny 12, 2021-01-01 - dla kolumny 13	3 lata - dla kolumny 12, 2 lata - dla kolumny 13	178.9, Leki przeciwpsychotyczne - zyprasydon	184,68	211,26	211,26	Schizofrenia	zespół Tourette'a	ryczałt	5,97
4174	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 amp.po 1 ml	05909990189212	2022-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	12,64	17,28	14,05	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	3,23
4175	Zuclopenthixoli decanoas	Clopixol Depot, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	10 amp.po 1 ml	05909990189229	2022-01-01	3 lata	179.5, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopentyksol do podawania pozajelitowego	119,75	140,53	140,53	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00



1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestryjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
4176	Zuclopendixolum	Clopixol, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990126729	2022-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopendyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	23,94	30,09	20,76	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	9,33
4177	Zuclopendixolum	Clopixol, tabl. powł., 25 mg	100 szt.	05909990126828	2022-01-01	3 lata	179.4, Leki przeciwpsychotyczne - zuklopendyksol do podawania doustnego - stałe postacie farmaceutyczne	41,04	51,90	51,90	Choroby psychiczne lub upośledzenia umysłowe		bezpłatny do limitu	0,00

**A 2. Środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego dostępne w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym**

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Dieta	Infatrini, płyn	3000 ml (24 x 125 ml)	8716900565021	2021-09-01	2 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	141,75	161,62	100,98	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	63,84
2	Dieta	Infatrini Powder, proszek	400 g	4008976681786	2021-11-01	2 lata	250.1, Dieta stosowana w niedożywieniu związanym z chorobą u niemowląt i dzieci do 6 r.ż.	54,39	67,32	67,32	Postępowanie dietetyczne w niedożywieniu związanym z chorobą podstawową u niemowląt i dzieci do 6 r.ż. – mukowiscydoza, choroby nowotworowe, wrodzone wady serca		ryczałt	3,20
3	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 1 Syneo, proszek	400 g	5900852033957	2022-01-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	34,28	40,55	18,72	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	27,45
4	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Bebilon Pepti 2 Syneo, proszek	400 g	5900852033971	2022-01-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	36,91	45,96	38,40	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	19,08
5	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Humana SL, proszek	650 g	4031244002327	2021-11-01	3 lata	217.1, Diety eliminacyjne mlekozastępcze początkowe przeznaczone dla niemowląt od urodzenia	16,71	22,56	22,56	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	6,77
6	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku neutralnym), proszek	400 g	5016533616170	2019-11-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanaka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	108,15	127,45	121,32	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	9,33
7	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku truskawkowym), proszek	400 g	5016533649970	2021-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanaka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	108,99	128,33	121,32	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	10,21
8	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate Junior (o smaku waniliowym), proszek	400 g	5016533649956	2021-07-01	3 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanaka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	108,99	128,33	121,32	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	10,21
9	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Neocate LCP, proszek	400 g	5016533646740	2022-01-01	3 lata	217.7, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanaka elementarna dla niemowląt	131,78	153,79	153,79	Postępowanie dietetyczne u niemowląt w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego oraz złożonej nietolerancji białek pokarmowych		ryczałt	3,20
10	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 1 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038819	2020-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	38,85	45,63	20,46	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	31,31
11	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 2 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038826	2020-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	40,64	50,19	40,98	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	21,50

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
12	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen 3 LGG Complete, proszek do sporządzania roztworu	400 g	8712045038833	2020-11-01	2 lata	217.8, Diety eliminacyjne mlekozastępcze - hydrolizaty białek mleka	31,87	40,98	40,98	Alergia na białka mleka krowiego (BMK), objawy alergii na BMK lub podejrzenie alergii na BMK ze względu na występujące objawy, jak również nietolerancja laktozy, nietolerancja sacharozy, a także nadwrażliwość na inne białka (np. białka sojowe)		30%	12,29
13	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen PURAMINO, proszek do przygotowania roztworu doustnego	400 g	8712045027554	2019-07-01	3 lata	217.6, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla niemowląt i dzieci	121,80	142,78	142,78	Stosowanie dietetyczne u niemowląt od urodzenia i dzieci z ciężką postacią alergii na białko mleka krowiego oraz nietolerancją różnego rodzaju żywności, u których zastosowanie w postępowaniu dietetycznym hydrolizatów o znacznym stopniu hydrolizy nie przyniosło efektu, a także w alergii na białko sojowe i w przypadkach, gdy wskazane jest zastosowanie mieszanki elementarnej zwyczajnej		ryczałt	3,20
14	Dieta eliminacyjna mlekozastępcza	Nutramigen PURAMINO JUNIOR, proszek	400 g	8712045037201	2021-05-01	2 lata	217.9, Dieta eliminacyjna mlekozastępcza - mieszanka elementarna dla dzieci > 1 r.ż.	105,97	125,33	125,33	Postępowanie dietetyczne u dzieci w wieku powyżej 1 roku życia w ciężkiej alergii na białko mleka krowiego, w alergii wielopokarmowej i innych schorzeniach, w których wskazana jest dieta elementarna		ryczałt	3,20
15	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Easiphen o smaku owoców leśnych, płyn doustny	18 x 250 ml (4500 ml)	5016533625929	2022-01-01	3 lata	216.15, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjowana, w płynie - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	487,83	537,53	537,53	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
16	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Lophlex o smaku neutralnym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	834 g (30 x 27,8 g)	5016533630992	2022-01-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenylketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	971,25	1057,81	1057,81	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
17	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Lophlex o smaku owoców leśnych, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	834 g (30 x 27,8 g)	5016533630978	2022-01-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenylketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	971,25	1057,81	1057,81	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
18	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Lophlex o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	834 g (30 x 27,8 g)	5016533630985	2022-01-01	3 lata	216.14, Diety eliminacyjne w fenylketonurii skondensowane, porcjowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	971,25	1057,81	1057,81	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
19	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021323	2022-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	484,50	533,95	527,70	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	9,45
20	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Red Fruits 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698021309	2022-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	969,00	1055,39	1055,39	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
21	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 10, płyn, 10 g białka	30 saszetek po 70 ml	8008698021286	2022-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	484,50	533,95	527,70	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	9,45
22	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Tropical 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698015476	2022-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	969,00	1055,39	1055,39	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
23	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Mevalia PKU Motion Yellow Fruits 20, płyn, 20 g białka	30 saszetek po 140 ml	8008698024331	2022-01-01	2 lata	216.24, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjonowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 3 r.ż.	969,00	1055,39	1055,39	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 3 roku życia		ryczałt	3,20
24	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 1, proszek	500 g	5016533644418	2022-01-01	3 lata	216.1, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii skondensowana - przeznaczona dla niemowląt	248,33	279,77	279,77	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
25	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 1 mix, proszek	400 g	4008976595304	2021-05-01	3 lata	216.3, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii nieskondensowana, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla niemowląt	99,75	118,48	118,48	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
26	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 mix, proszek	400 g	4008976340287	2022-01-01	3 lata	216.10, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii zawierająca wszystkie składniki odżywcze, z długołańcuchowymi kwasami tłuszczowymi - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	298,20	333,44	333,44	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
27	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 prima, proszek	500 g	5016533644425	2022-01-01	3 lata	216.8, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii skondensowana - przeznaczona dla dzieci po ukończeniu 1 r.ż.	318,99	355,81	355,81	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
28	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 secunda, proszek	500 g	5016533644432	2022-01-01	3 lata	216.11, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	370,44	411,18	411,18	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
29	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 shake choco, proszek	500 g (10 sas. x 50 g)	4008976599234	2018-01-01	5 lat	216.12, Diety eliminacyjne w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjonowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	262,34	294,85	294,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
30	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 2 shake truskawkowy, proszek	500 g (10 sas. x 50 g)	4008976599227	2018-01-01	5 lat	216.12, Diety eliminacyjne w fenylketonurii z dodatkowymi składnikami energetycznymi (tłuszcze i węglowodany), porcjonowane - przeznaczone dla pacjentów powyżej 8 r.ż.	262,34	294,85	294,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
31	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 3, tabl. powł.	600 szt. (60 x 10 szt.)	4008976340331	2022-01-01	3 lata	216.6, Diety eliminacyjne w fenylketonurii porcjowane, w postaci tabletek powlekanych – przeznaczone dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	477,75	526,68	526,68	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
32	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 3 advanta, proszek	500 g	5016533644449	2022-01-01	3 lata	216.5, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii, skondensowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 15 r.ż.	416,75	461,03	461,03	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
33	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Milupa PKU 3 tempora, proszek do sporządzania roztworu doustnego	450 g (10 x 45g)	4008976340294	2019-07-01	3 lata	216.18, Diety eliminacyjne w fenylketonurii przeznaczone do stosowania u kobiet w okresie prekoncepcji, podczas ciąży oraz w okresie laktacji	380,10	421,59	421,59	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
34	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 1, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875102138	2022-01-01	3 lata	216.2, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla niemowląt i małych dzieci	130,42	152,29	152,29	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
35	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 2, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100066	2022-01-01	3 lata	216.13, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych	123,45	144,60	144,60	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
36	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	Phenyl-Free 2HP, proszek do sporządzania roztworu	454 g	0300875100127	2022-01-01	3 lata	216.16, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - przeznaczona dla dzieci i dorosłych, w tym dla kobiet w ciąży	181,77	208,13	208,13	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
37	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku czekoladowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648225	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	505,44	556,48	556,48	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
38	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku neutralnym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648263	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	505,44	556,48	556,48	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
39	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku owoców leśnych), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648201	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	505,44	556,48	556,48	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
40	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku pomarańczowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648249	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	505,44	556,48	556,48	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
41	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Anamix junior (o smaku waniliowym), proszek	1080 g (30 sasz.po 36 g)	5016533648287	2021-11-01	3 lata	216.9, Diety eliminacyjne w fenylketonurii nieskondensowane, porcjowane - przeznaczone dla dzieci w wieku od 1 do 10 r.ż.	505,44	556,48	556,48	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
42	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Orange, płyn, 10/87 g białka/ml	30 torebek po 87 ml	5060014051370	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	567,00	622,73	622,73	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
43	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Purple, płyn, 10/87 g białka/ml	30 torebek po 87 ml	5060014051387	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	567,00	622,73	622,73	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
44	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Red, płyn, 10/87 g białka/ml	30 torebek po 87 ml	5060014051363	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	567,00	622,73	622,73	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
45	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 White, płyn, 10/87 g białka/ml	30 torebek po 87 ml	5060014051394	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	567,00	622,73	622,73	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
46	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 10 Yellow, płyn, 10 g białka	30 torebek po 87 ml	5060385941485	2019-07-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	567,00	622,73	622,73	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
47	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Orange, płyn, 15/130 g białka/ml	30 torebek po 130 ml	5060014051424	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	850,50	927,86	927,86	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
48	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Purple, płyn, 15/130 g białka/ml	30 torebek po 130 ml	5060014051431	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	850,50	927,86	927,86	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
49	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Red, płyn, 15/130 g białka/ml	30 torebek po 130 ml	5060014051417	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	850,50	927,86	927,86	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
50	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 White, płyn, 15/130 g białka/ml	30 torebek po 130 ml	5060014051479	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	850,50	927,86	927,86	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
51	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 15 Yellow, płyn, 15 g białka	30 torebek po 130 ml	5060385941492	2019-09-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	850,50	927,86	927,86	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
52	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Orange, płyn, 20/174 g białka/ml	30 torebek po 174 ml	5060014051547	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
53	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Purple, płyn, 20/174 g białka/ml	30 torebek po 174 ml	5060014051554	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
54	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Red, płyn, 20/174 g białka/ml	30 torebek po 174 ml	5060014051530	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
55	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 White, płyn, 20/174 g białka/ml	30 torebek po 174 ml	5060014051684	2018-01-01	5 lat	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
56	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Cooler 20 Yellow, płyn, 20 g białka	30 torebek po 174 ml	5060385941508	2019-09-01	3 lata	216.20, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii gotowa do użycia, w płynie, skondensowana, porcjowana zawierająca DHA przeznaczona dla dzieci powyżej 3 r.ż., młodzieży, dorosłych oraz kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
57	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku cytrynowym, proszek, 15/25 g białka/g	30 saszetek po 25 g	5060014051745	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	850,50	927,85	924,45	Fenylketonuria		ryczałt	6,60
58	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku neutralnym, proszek, 15/25 g białka/g	30 saszetek po 25 g	5060014051585	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	850,50	927,85	924,45	Fenylketonuria		ryczałt	6,60
59	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 15/25 g białka/g	30 saszetek po 25 g	5060014051752	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	850,50	927,85	924,45	Fenylketonuria		ryczałt	6,60
60	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 15 o smaku pomarańczowym, proszek, 15/25 g białka/g	30 saszetek po 25 g	5060014051738	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	850,50	927,85	924,45	Fenylketonuria		ryczałt	6,60
61	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku cytrynowym, proszek, 20/34 g białka/g	30 saszetek po 34 g	5060014051776	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
62	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku neutralnym, proszek, 20/34 g białka/g	30 saszetek po 34 g	5060014051639	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
63	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku owoców tropikalnych, proszek, 20/34 g białka/g	30 saszetek po 34 g	5060014051783	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenylketonuria		ryczałt	3,20



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
64	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Express 20 o smaku pomarańczowym, proszek, 20/34 g białka/g	30 saszetek po 34 g	5060014051769	2018-01-01	5 lat	216.21, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla pacjentów powyżej 3 r. ż., młodzieży, dorosłych w tym kobiet w ciąży	1134,00	1232,97	1232,97	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
65	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Gel o smaku malinowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051455	2021-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	525,00	577,53	577,53	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
66	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Gel o smaku neutralnym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051448	2021-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	525,00	577,53	577,53	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
67	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Gel o smaku pomarańczowym, proszek, 10/24 g białka/g	30 saszetek po 24 g	5060014051462	2021-07-01	3 lata	216.22, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii - skondensowany, porcjowany preparat w proszku, przeznaczony dla dzieci od 6 m-ca z. do 10 r.z.	525,00	577,53	577,53	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
68	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU GMPro (o smaku waniliowym), proszek	532,8 g (33,3 x 16 saszetek)	8716900590252	2021-09-01	2 lata	216.23, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP)	330,75	368,47	368,47	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 12 roku życia, u których dobową tolerancją fenylalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
69	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647686	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
70	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Berries), płyn doustny, 62,5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647693	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
71	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647747	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
72	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Citrus), płyn doustny, 62,5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647754	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
73	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647716	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
74	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Orange), płyn doustny, 62,5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647723	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
75	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 125 ml	3750 ml (30 x 125 ml)	5016533647778	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
76	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Lophlex LQ (Tropical), płyn doustny, 62,5 ml	3750 ml (60 x 62,5 ml)	5016533647785	2019-11-01	3 lata	216.19, Diety eliminacyjne w fenylketonurii, skondensowane, porcjowane, w płynie, przeznaczone dla pacjentów powyżej 4 r.ż., dorosłych, w tym kobiet w ciąży	979,65	1066,85	1066,85	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
77	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 15 o smaku czerwonych owoców, proszek, 15 g białka	27 g	5060385940105	2022-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1480,50	1602,46	1595,33	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	10,33
78	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 15 o smaku waniliowym, proszek, 15 g białka	27 g	5060385940112	2022-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1480,50	1602,46	1595,33	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	10,33
79	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku czerwonych owoców, proszek, 20 g białka	35 g	5060014059840	2022-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1974,00	2127,11	2127,11	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
80	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	PKU Sphere 20 o smaku waniliowym, proszek, 20 g białka	35 g	5060014059857	2022-01-01	2 lata	216.25, Diety eliminacyjne w fenylketonurii - produkty z glikomakropeptydami (GMP) dla pacjentów powyżej 4 r.ż.	1974,00	2127,11	2127,11	Fenylketonuria (PKU) u pacjentów powyżej 4 roku życia, u których dobową tolerancją feniloalaniny pozwala na zastosowanie preparatów glikomakropeptydowych		ryczałt	3,20
81	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	XP Analog LCP, proszek do sporządzania roztworu doustnego	400 g	5016533644456	2022-01-01	3 lata	216.4, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii nieskondensowana, z długolanicuchowymi kwasami tłuszczowymi i prebiotykami - przeznaczona dla niemowląt i jako uzupełnienie diety u dzieci do 3 r.ż.	130,36	152,22	152,22	Fenylketonuria		ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
82	Dieta eliminacyjna w fenylketonurii	XP Maxamum o smaku pomarańczowym, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	1500 g (30 x 50 g)	5016533620368	2022-01-01	3 lata	216.17, Dieta eliminacyjna w fenylketonurii, porcjowana - przeznaczona dla pacjentów powyżej 8 r.ż., w tym dla kobiet w ciąży	878,38	957,86	957,86	Fenylketonuria		ryczałt	3,20
83	Dieta eliminacyjna z MCT	Bebilon pepti MCT, proszek do sporządzania roztworu doustnego, 2155 kJ/100 g	450 g	8718117600625	2022-01-01	3 lata	217.4, Diety eliminacyjne z MCT	34,13	43,72	43,72	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	13,12
84	Dieta kompletna zawierająca TGF-beta 2	Modulen IBD, proszek	400 g	7613035091399	2021-07-01	3 lata	246.0, Dieta kompletna zawierająca TGF-beta 2 (transformujący czynnik wzrostu beta-2) w indukcji remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna	51,77	64,30	64,30	Indukcja remisji u dzieci i młodzieży powyżej 5 roku życia z czynną postacią choroby Leśniowskiego-Crohna		ryczałt	3,20
85	Dieta mlekozastępcza	Infatrin Peptisorb, płyn doustny	800 ml (4 x 200 ml)	8716900562433	2019-09-01	3 lata	217.3, Dieta peptydowa kompletna	32,45	41,68	41,68	Zespoły wrodzonych defektów metabolicznych, alergie pokarmowe i biegunki przewlekłe		30%	12,50
86	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku truskawkowym, płyn	4 but.po 300 ml	8716900553578	2021-09-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	43,58	54,84	54,84	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20
87	Dieta wysokoenergetyczna	Fortimel Max o smaku waniliowym, płyn	4 but.po 300 ml	8716900553486	2021-09-01	3 lata	217.5, Dieta stosowana w mukowiscydozie	43,58	54,84	54,84	Mukowiscydoza		ryczałt	3,20

A 3. Wyroby medyczne dostępne w aptece na receptę w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń lub we wskazaniu określonym stanem klinicznym

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1	Dibutyrylochityna	Dibucell Active 10x10 cm, jałowy opatrunek biopolimerowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5905669556088	2021-01-01	2 lata	220.15, Opatrunki biopolimerowe	18,90	25,32	25,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,60
2	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 10x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217927	2019-07-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókiennne	14,77	19,85	18,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,89
3	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 10x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217927	2019-07-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókiennne	14,77	19,85	18,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,33
4	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217958	2022-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókiennne	7,45	10,45	9,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,97
5	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 10x10 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217958	2022-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókiennne	7,45	10,45	9,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,19
6	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217965	2022-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókiennne	3,00	3,86	2,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,24
7	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Sorbalgon 5x5 cm, jałowy opatrunek z alginianów wapnia, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500217965	2022-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókiennne	3,00	3,86	2,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,54
8	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447013466	2022-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókiennne	6,43	9,38	9,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,90
9	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447013480	2022-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókiennne	13,50	18,52	18,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,56
10	Emplastry alginatosa et hydrofibrica	Suprasorb A, opatrunek z alginianu wapnia, sterylny, 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447013442	2022-01-01	3 lata	220.1, Opatrunki alginianowe i hydrowłókiennne	2,27	3,09	2,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,47
11	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 10cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124810	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	14,90	19,28	12,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,72
12	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 10cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124810	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	14,90	19,28	12,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,05
13	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 20cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124858	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	25,65	32,63	24,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,52
14	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 10cm x 20cm, opatrunek o rozmiarach 10cm x 20cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124858	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	25,65	32,63	24,45	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,18

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
15	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20cm x 40cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124872	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	81,00	97,80	97,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	29,34
16	Emplastry antimicrobiotica	Acticoat Flex 3 20cm x 40cm, opatrunek o rozmiarach 20cm x 40cm pokryty nanokrystalicznym srebrem, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0040565124872	2018-01-01	5 lat	220.13, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające nanokrystaliczne srebro	81,00	97,80	97,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
17	Emplastry antimicrobiotica	Actisorb Plus 25 10,5x10,5 cm, opatrunek, 110,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978002970	2022-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	13,10	17,86	15,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,74
18	Emplastry antimicrobiotica	Actisorb Plus 25 10,5x19 cm, opatrunek, 199,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978002994	2022-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	23,71	30,92	28,73	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,81
19	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461652	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,39	15,81	14,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,73
20	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10cm x 10cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461652	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,39	15,81	14,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,41
21	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461621	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	8,21	11,11	8,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,44
22	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 7,5cm x 7,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 56,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461621	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	8,21	11,11	8,10	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,01
23	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223462222	2021-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	16,22	22,21	22,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,66

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
24	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Adhesive 12,5x12,5 cm, pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223462222	2021-11-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	16,22	22,21	22,21	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
25	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461928	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	24,95	31,04	20,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,75
26	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5 cm x 13,5 cm zawierająca sulfadiazynę srebra, 141.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461928	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	24,95	31,04	20,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	10,63
27	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223462314	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,29	15,70	14,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,62
28	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 10cm x 10cm zawierający sulfadiazynę srebra, nie posiadający warstwy adhezyjnej, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223462314	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	11,29	15,70	14,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,30
29	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461805	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,83	40,94	32,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,26
30	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 15cm x 15cm zawierający sulfadiazynę srebra, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461805	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,83	40,94	32,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,54
31	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461836	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	45,14	56,61	56,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,98

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
32	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Non Adhesive, opatrunek o rozmiarach 20cm x 20cm zawierający sulfadiazynę srebra, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461836	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	45,14	56,61	56,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
33	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461867	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,40	41,62	41,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,49
34	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 17cm x 17cm zawierająca sulfadiazynę, 289 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461867	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	32,40	41,62	41,62	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
35	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461898	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	50,76	63,50	63,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,05
36	Emplastry antimicrobiotica	Allevyn Ag Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm zawierająca sulfadiazynę, 484 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223461898	2018-01-01	5 lat	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	50,76	63,50	63,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
37	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofibr ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 2x45 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455145614	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	10,80	14,96	12,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,89
38	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag - opatrunek hydrofibr ze srebrem, płytki z włókien karboksymetylocelulozy sodowej z dodatkiem srebra, 2x45 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455145614	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	10,80	14,96	12,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,00
39	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123889	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	19,90	24,67	14,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,67
40	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123889	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	19,90	24,67	14,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	10,38

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
41	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123896	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	44,12	52,66	32,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	30,16
42	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123896	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	44,12	52,66	32,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	20,51
43	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455129164	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	58,48	69,00	42,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	38,99
44	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455129164	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	58,48	69,00	42,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	26,13
45	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123902	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	77,98	90,91	57,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	50,90
46	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam nieprzylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123902	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	77,98	90,91	57,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	33,75
47	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455127153	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	19,90	24,67	14,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,67
48	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455127153	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	19,90	24,67	14,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	10,38
49	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 12,5x12,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123773	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	30,78	37,36	22,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,73
50	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 12,5x12,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123773	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	30,78	37,36	22,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	15,03



Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
51	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 17,5x17,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123780	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	59,61	70,30	43,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	39,67
52	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 17,5x17,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123780	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	59,61	70,30	43,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	26,54
53	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 19,8x14 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123803	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	53,97	63,88	39,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	36,15
54	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 19,8x14 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123803	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	53,97	63,88	39,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	24,27
55	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x16,9 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123810	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	65,87	77,41	48,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	43,60
56	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x16,9 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123810	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	65,87	77,41	48,30	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	29,11
57	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 21x21 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123797	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	85,87	99,66	63,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	55,55
58	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 21x21 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123797	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	85,87	99,66	63,02	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	36,64
59	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 25x30 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455129201	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	146,20	166,26	107,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	91,23
60	Emplastry antimicrobiotica	Aquacel Ag Foam przylepny opatrunek piankowy w technologii hydrofibr z dodatkiem srebra, opatrunek, 25x30 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455129201	2019-03-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	146,20	166,26	107,18	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	59,08

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
61	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586429	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	10,80	15,11	14,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,11
62	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x10 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586429	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	10,80	15,11	14,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,82
63	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586436	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	21,60	28,58	28,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,57
64	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 10x20 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586436	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	21,60	28,58	28,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
65	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586412	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	3,89	5,22	3,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,72
66	Emplastry antimicrobiotica	Atrauman Ag 5x5 cm, opatrunek jałowy z maścią zawierający srebro, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500586412	2020-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	3,89	5,22	3,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,65
67	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932551601	2019-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	30,24	38,22	32,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,54
68	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive 18x18 cm, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, 324 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861496	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	41,29	51,57	46,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,91
69	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Heel, przylepny opatrunek piankowy ze srebrem, na pięcie, 19x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932551632	2019-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	55,08	66,80	54,73	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,49

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
70	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Adhesive Sacral 23x23 cm, przyklepny opatrunek piankowy ze srebrem, na okolicę krzyżową, 529 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861489	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	68,09	82,22	76,18	Przewlekłe owróżnienia		30%	28,89
71	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861519	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	24,89	32,16	28,80	Przewlekłe owróżnienia		30%	12,00
72	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 10x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy ze srebrem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861519	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	24,89	32,16	28,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,36
73	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzyklepny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932481922	2022-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	29,16	37,09	32,40	Przewlekłe owróżnienia		30%	14,41
74	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 15x15 cm, opatrunek piankowy ze srebrem, nieprzyklepny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932481922	2022-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	29,16	37,09	32,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,69
75	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861502	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	49,93	61,64	57,61	Przewlekłe owróżnienia		30%	21,31
76	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Ag Non Adhesive 20x20 cm, nieprzyklepny opatrunek piankowy ze srebrem, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861502	2021-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	49,93	61,64	57,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	4,03
77	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Alginate Ag, miękki opatrunek alginianowy ze srebrem, w taśmie, 3x44 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932552660	2019-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	18,52	24,06	19,01	Przewlekłe owróżnienia		30%	10,75

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
78	Emplastry antimicrobiotica	Biatain Alginate Ag, miękki opatrunek alginianowy ze srebrem, w taśmie, 3x44 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932552660	2019-05-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	18,52	24,06	19,01	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,05
79	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 10x21 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941374	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	25,65	33,15	30,24	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,98
80	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 10x21 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941374	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	25,65	33,15	30,24	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,91
81	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 12,5x12,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941367	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	19,98	26,16	22,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,41
82	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 12,5x12,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941367	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	19,98	26,16	22,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,66
83	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 17,5x17,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941381	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	37,42	47,20	44,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,33
84	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 17,5x17,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430941381	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	37,42	47,20	44,10	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,10
85	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 6x8,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551027056	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	6,59	9,22	7,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,08

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
86	Emplastry antimicrobiotica	Mepilex Ag, opatrunek, 6x8,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551027056	2019-07-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	6,59	9,22	7,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,88
87	Emplastry antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 10x20 cm, opatrunek, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978002291	2021-11-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	31,30	38,78	28,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,77
88	Emplastry antimicrobiotica	Silvercel Hydro-Alginate 11x11 cm, opatrunek, 121 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978002321	2021-11-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	18,93	24,12	17,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,02
89	Emplastry antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447930350	2022-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	12,96	17,46	14,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,38
90	Emplastry antimicrobiotica	Suprasorb A+Ag, opatrunek z alginianu wapnia ze srebrem jonowym, sterylny, 10x20 cm, opatrunek, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447930381	2022-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	25,92	33,25	28,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,09
91	Emplastry antimicrobiotica	UrgoClean Ag, opatrunek na rany, 10x10 cm	1 szt.	3546895520737	2017-05-01	5 lat	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	18,25	22,93	14,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,93
92	Emplastry antimicrobiotica	UrgoClean Ag, opatrunek na rany, 15x20 cm	1 szt.	3546895520744	2017-05-01	5 lat	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	54,97	65,32	42,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	35,31
93	Emplastry antimicrobiotica	UrgoClean Ag, opatrunek na rany, 6x6 cm	1 szt.	3546895520720	2017-05-01	5 lat	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	6,59	8,55	5,14	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,95
94	Emplastry antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver; 10 cm x 12 cm, opatrunek na rany, 10x12 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518017	2019-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	21,28	26,57	17,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,57

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
95	Emplastry antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver; 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518024	<1>2019-07-01/<2>2021-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	51,30	61,47	42,87	<1>Przewlekłe owrzodzenia		30%	31,46
96	Emplastry antimicrobiotica	UrgoTul Ag/Silver; 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518024	<1>2019-07-01/<2>2021-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	51,30	61,47	42,87	<2>Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	18,60
97	Emplastry antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag opatrunek węglowy, ze srebrem, sterylny, 10x10 cm, tamponada do ran głębokich, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447309200	2022-01-01	3 lata	220.7, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra	9,02	12,81	12,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,84
98	Emplastry antimicrobiotica	Vliwaktiv Ag, opatrunek z węglem aktywowanym ze srebrem, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447309323	2022-01-01	3 lata	220.10, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra pochłaniające i zatrzymujące wysięk z rany	9,02	13,32	13,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,00
99	Emplastry carbo activatus	Vliwaktiv opatrunek węglowy, chłonny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447037493	2022-01-01	3 lata	220.8, Opatrunki z węglem aktywowanym	4,21	6,19	6,19	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,86
100	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132027	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	17,67	22,32	14,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,32
101	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132027	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	17,67	22,32	14,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,03
102	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132034	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	39,75	48,07	32,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,57
103	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132034	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	39,75	48,07	32,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	15,92
104	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x30 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132041	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	111,15	128,00	85,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	67,98
105	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 20x30 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132041	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	111,15	128,00	85,74	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	42,26

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
106	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 5x5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132010	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	4,58	5,95	3,57	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,45
107	Emplastry collagenosa	Aquacel AG+ Extra wzmocniony opatrunek w technologii hydrofiber z dodatkiem srebra, opatrunek, 5x5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455132010	2019-09-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	4,58	5,95	3,57	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,38
108	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978001096	2021-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	61,02	70,68	31,83	Przewlekłe owrzodzenia		30%	48,40
109	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x11,1 cm, opatrunek, 113.22 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978001096	2021-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	61,02	70,68	31,83	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	38,85
110	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978001102	2021-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	116,10	131,89	63,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	87,33
111	Emplastry collagenosa	Fibracol Plus 10,2x22,2 cm, opatrunek, 226.44 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978001102	2021-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	116,10	131,89	63,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	68,23
112	Emplastry collagenosa	HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890922	2019-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	55,67	64,58	28,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	44,90
113	Emplastry collagenosa	HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890922	2019-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	55,67	64,58	28,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	36,47
114	Emplastry collagenosa	HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890915	2019-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,32	37,11	15,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,04
115	Emplastry collagenosa	HydroClean plus, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890915	2019-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,32	37,11	15,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	21,30
116	Emplastry collagenosa	HydroClean plus cavity, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890946	2019-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,32	37,11	15,81	Przewlekłe owrzodzenia		30%	26,04
117	Emplastry collagenosa	HydroClean plus cavity, opatrunek hydroaktywny z mechanizmem płuczaco-absorpcyjnym i substancją antybakteryjną, 7,5x7,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500890946	2019-07-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	31,32	37,11	15,81	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	21,30
118	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422486	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,47	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,04
119	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x10 cm, opatrunek hydrożelowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422486	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,47	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
120	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422493	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,01	25,45	25,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,64

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
121	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x20 cm, opatrunek hydrożelowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422493	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,01	25,45	25,45	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
122	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422509	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	38,02	48,41	48,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,52
123	Emplastry collagenosa	Intrasite Conformable 10x40 cm, opatrunek hydrożelowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223422509	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	38,02	48,41	48,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
124	Emplastry collagenosa	Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551816421	2021-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	28,19	34,64	22,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,01
125	Emplastry collagenosa	Mepilex Border Ag 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551816421	2021-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	28,19	34,64	22,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	12,31
126	Emplastry collagenosa	Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551816483	2021-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	55,13	65,60	43,76	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,97
127	Emplastry collagenosa	Mepilex Border Ag 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551816483	2021-07-01	3 lata	220.14, Opatrunki przeciwbakteryjne zawierające jony srebra regulujące poziom wilgotności rany	55,13	65,60	43,76	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	21,84
128	Emplastry collagenosa	Sorelex, opatrunek, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8595163717817	2019-03-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	29,16	36,75	28,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,07
129	Emplastry collagenosa	UrgoStart Contact 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894554863	2019-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	35,64	44,27	33,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,65
130	Emplastry collagenosa	UrgoStart Contact 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894554870	2019-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	69,12	84,34	84,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,30
131	Emplastry collagenosa	UrgoStart Plus Border 12x12 cm, opatrunek na rany, 144 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894530669	2019-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	43,89	53,81	40,48	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,47
132	Emplastry collagenosa	UrgoStart Plus Border 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894549517	2019-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	69,12	84,34	84,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,30
133	Emplastry collagenosa	UrgoStart Plus Pad 10x12 cm, opatrunek na rany, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894554887	2019-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	35,64	44,27	33,74	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,65
134	Emplastry collagenosa	UrgoStart Plus Pad 15x20 cm, opatrunek na rany, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546894554894	2019-11-01	3 lata	220.9, Opatrunki kolagenowe	69,12	84,34	84,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	25,30
135	Emplastry conlativi	Clean WND, opatrunek specjalistyczny, 15x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8681349103922	2019-11-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	15,07	20,52	20,52	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,16



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
136	Emplastry conlativi	Clean WND, opatrunek specjalistyczny, 15x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	8681349103922	2019-11-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	15,07	20,52	20,52	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
137	Emplastry conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737043	2019-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	8,16	10,68	7,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,61
138	Emplastry conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737043	2019-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	8,16	10,68	7,25	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,43
139	Emplastry conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737074	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	17,58	22,09	14,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,94
140	Emplastry conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 10x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737074	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	17,58	22,09	14,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,59
141	Emplastry conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737258	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	19,20	24,06	16,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,64
142	Emplastry conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737258	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	19,20	24,06	16,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,74
143	Emplastry conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737401	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	29,68	36,86	29,00	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,56
144	Emplastry conlativi	HydroTac, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500737401	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	29,68	36,86	29,00	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,86
145	Emplastry conlativi	HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 12,5x12,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736534	2019-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	7,93	11,33	11,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,40
146	Emplastry conlativi	HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 12,5x12,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736534	2019-07-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	7,93	11,33	11,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
147	Emplastry conlativi	HydroTac comfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736596	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	11,88	16,37	16,32	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,95

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
148	Emplastry conlativi	HydroTac komfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736596	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	11,88	16,37	16,32	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,05
149	Emplastry conlativi	HydroTac komfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736749	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	20,35	27,07	27,07	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,12
150	Emplastry conlativi	HydroTac komfort, jałowy opatrunek hydropolimerowy, 20x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500736749	2019-05-01	3 lata	220.3, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany z dodatkami	20,35	27,07	27,07	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
151	Emplastry hydrocolloidosa	Biatain Silicone, opatrunek piankowy z silikonem, 12,5x12,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932699136	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,09	21,51	21,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,78
152	Emplastry hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150946	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	6,16	8,48	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,78
153	Emplastry hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150946	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	6,16	8,48	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,76
154	Emplastry hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150892	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,29	15,62	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,04
155	Emplastry hydrocolloidosa	Bordered Granuflex - obramowany opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150892	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	11,29	15,62	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,51
156	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150823	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,99	7,25	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,55
157	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150823	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,99	7,25	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,53
158	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150816	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,80	15,11	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,53
159	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150816	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	10,80	15,11	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
160	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150809	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	14,96	20,23	20,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,13
161	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 15x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150809	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	14,96	20,23	20,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,08
162	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150847	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	19,66	26,16	26,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,85
163	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex - opatrunek hydrokoloidowy 20x20 cm, opatrunek hydrokoloidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150847	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	19,66	26,16	26,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
164	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokoloidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokoloidowy, cienki, sterylny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455157242	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	4,91	7,17	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,47

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
165	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokolooidowy 10x10 cm, opatrunek hydrokolooidowy, cienki, sterylny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455157242	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	4,91	7,17	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,45
166	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokolooidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokolooidowy, cienki, sterylny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455157259	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	10,98	15,30	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,72
167	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokolooidowy 15x15 cm, opatrunek hydrokolooidowy, cienki, sterylny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455157259	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	10,98	15,30	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,19
168	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokolooidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokolooidowy, cienki, sterylny, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150854	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	2,80	4,08	3,78	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,43
169	Emplastry hydrocolloidosa	Granuflex Extra Thin - opatrunek hydrokolooidowy 7,5x7,5 cm, opatrunek hydrokolooidowy, cienki, sterylny, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455150854	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	2,80	4,08	3,78	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,30
170	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokolooidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222464	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	7,40	9,78	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,08
171	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokolooidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222464	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	7,40	9,78	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,06
172	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokolooidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222471	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	19,22	23,96	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,38
173	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokolooidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222471	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	19,22	23,96	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	8,85
174	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 20x20 cm, jałowy opatrunek hydrokolooidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222488	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	31,10	38,18	26,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,38
175	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll 20x20 cm, jałowy opatrunek hydrokolooidowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222488	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	31,10	38,18	26,86	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,32
176	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll concave 8x12 cm, jałowy opatrunek hydrokolooidowy, 96 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222501	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	15,50	18,22	6,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,71
177	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll sacral 12x18 cm, jałowy opatrunek hydrokolooidowy, 216 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222259	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	24,01	28,89	14,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	18,73
178	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokolooidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222525	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	6,35	8,68	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,98
179	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 10x10 cm, jałowy opatrunek hydrokolooidowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222525	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	6,35	8,68	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,96
180	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokolooidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222532	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	11,58	15,93	15,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,35
181	Emplastry hydrocolloidosa	Hydrocoll thin 15x15 cm, jałowy opatrunek hydrokolooidowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500222532	2022-01-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	11,58	15,93	15,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,82
182	Emplastry hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokolooidową 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447546964	2019-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	4,75	7,00	6,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,30
183	Emplastry hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokolooidową 10x10 cm, opatrunek, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447546964	2019-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokolooidowe	4,75	7,00	6,72	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,28

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
184	Emplastry hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447546995	2019-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	9,50	13,50	13,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,10
185	Emplastry hydrocolloidosa	Lomatuell Pro Opatrunek kontaktowy z warstwą hydrokoloidową 10x20 cm, opatrunek, 10x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447546995	2019-11-01	3 lata	220.2, Opatrunki hydrokoloidowe	9,50	13,50	13,43	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,07
186	Emplastry hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2022-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,59	10,57	4,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,39
187	Emplastry hydrocolloidosa	Purilon Gel, opatrunek hydrożelowy, 15 g	15 g	5701780645317	2022-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,59	10,57	4,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,03
188	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000056	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	5,81	8,39	7,80	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,93
189	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 10x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 120 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000056	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	5,81	8,39	7,80	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,59
190	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000063	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	6,89	9,88	9,36	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,33
191	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 144 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000063	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	6,89	9,88	9,36	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,52
192	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000070	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	13,66	18,71	18,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,61
193	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 12x24 cm, opatrunek hydrożelowy, 288 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000070	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	13,66	18,71	18,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
194	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000032	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	4,08	5,71	4,68	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,43
195	Emplastry hydropolymerosa	Aqua-Gel 6x12 cm, opatrunek hydrożelowy, 72 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5900656000032	2022-01-01	3 lata	220.5, Opatrunki hydrożelowe	4,08	5,71	4,68	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,03
196	Emplastry hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2021-07-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	60,48	74,46	74,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,34
197	Emplastry hydropolymerosa	Aspirox, opatrunek w żelu, 250 ml	1 szt.	4260199571248	2021-07-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	60,48	74,46	74,46	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
198	Emplastry hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223480	2018-01-01	5 lat	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,64	10,62	4,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,44
199	Emplastry hydropolymerosa	Intrasite Gel, sterylny, czysty amorficznie hydrożel składający się ze zmodyfikowanego polimeru karboksymetylo celulozy, glikolu, 15 g	1 szt.	0000050223480	2018-01-01	5 lat	220.12, Opatrunki w postaci żelu	8,64	10,62	4,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	6,08
200	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2020-03-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	39,96	49,11	36,29	Przewlekłe owrzodzenia		30%	23,71
201	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 120 g	1 szt.	7503006698958	2020-03-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	39,96	49,11	36,29	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	12,82
202	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2020-03-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	61,56	75,60	75,60	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,68

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
203	Emplastry hydropolymerosa	Microdacyn 60 Hydrogel, żel, 250 g	1 szt.	7503006698965	2020-03-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	61,56	75,60	75,60	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
204	Emplastry microfibrillum cellulosa	Adaptic, opatrunek, 12,7x22,9 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978000174	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	28,08	36,33	36,33	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,90
205	Emplastry microfibrillum cellulosa	Adaptic, opatrunek, 12,7x22,9 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978000174	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	28,08	36,33	36,33	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
206	Emplastry microfibrillum cellulosa	Adaptic, opatrunek, 7,6x40,6 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978000167	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,70	38,31	38,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,49
207	Emplastry microfibrillum cellulosa	Adaptic, opatrunek, 7,6x40,6 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978000167	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,70	38,31	38,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
208	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allewyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463908	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,80	10,63	10,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,19
209	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allewyn Gentle Border 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463908	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,80	10,63	10,63	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
210	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allewyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476182	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,04	20,23	20,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,07
211	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allewyn Gentle Border 10x20 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476182	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,04	20,23	20,23	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
212	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allewyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463960	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	15,84	15,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,75
213	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allewyn Gentle Border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463960	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	15,84	15,84	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
214	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allewyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463991	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,49	29,64	29,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,89
215	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allewyn Gentle Border 17,5x17,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463991	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,49	29,64	29,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
216	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allewyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463878	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,16	6,55	6,55	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,97
217	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allewyn Gentle Border 7,5x7,5 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223463878	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,16	6,55	6,55	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
218	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allewyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223465230	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	33,48	44,35	44,35	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,31

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
219	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border Heel 23x23,2 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 471 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223465230	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	33,48	44,35	44,35	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
220	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475499	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,80	10,63	10,63	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,19
221	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border Lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475499	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,80	10,63	10,63	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
222	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475581	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,20	22,88	22,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,86
223	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border Lite 15x15 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475581	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,20	22,88	22,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
224	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475611	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,63	7,28	7,28	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,18
225	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border Lite 8x8 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 64 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223475611	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,63	7,28	7,28	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
226	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476885	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,23	16,40	16,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,92
227	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border Lite Oval 15,2x13,1 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 156 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476885	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,23	16,40	16,40	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
228	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476502	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,66	22,31	22,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,69
229	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Gentle Border Multisite 17,1x17,9 cm, opatrunek piankowy z warstwą adhezyjną zawierającą silikon, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223476502	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,66	22,31	22,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
230	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223478018	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,39	20,57	19,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,80
231	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 12,9cm x 12,9cm, 146 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223478018	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,39	20,57	19,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,90
232	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223478049	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	22,25	29,02	28,42	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,13
233	Emplastry microfibrillum cellulosa	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 15,4cm x 15,4cm, 211 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223478049	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	22,25	29,02	28,42	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,60

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
234	Emplastrum microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 21cm x 21cm, 392 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223478070	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,04	51,46	51,46	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,44
235	Emplastrum microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223477981	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,88	13,65	12,53	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,88
236	Emplastrum microfibricum cellulosae	Allevyn Life, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 10,3cm x 10,3cm, 93 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223477981	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,88	13,65	12,53	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,12
237	Emplastrum microfibricum cellulosae	Allevyn Life Heel, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym o rozmiarze 25cm x 25,2cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 545 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223482503	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	54,43	67,09	67,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,13
238	Emplastrum microfibricum cellulosae	Allevyn Life Sacrum, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 17,2cm x 17,5cm, 235 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223481421	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,22	30,40	30,40	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,12
239	Emplastrum microfibricum cellulosae	Allevyn Life Sacrum, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, złożony, hydrokomórkowy opatrunek piankowy z żelem silikonowym na okolicę krzyżową o rozmiarze 21,6cm x 23cm, 386 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223481452	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	37,56	47,72	47,72	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,32
240	Emplastrum microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125616	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	14,71	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,28
241	Emplastrum microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125616	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,69	14,71	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,24
242	Emplastrum microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125630	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	24,05	31,12	30,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,90
243	Emplastrum microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125630	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	24,05	31,12	30,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,81
244	Emplastrum microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125586	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,28	4,45	3,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,09
245	Emplastrum microfibricum cellulosae	Aquacel Extra opatrunek w technologii hydrofibr z dodatkiem włókien wzmacniających 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455125586	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,28	4,45	3,37	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,08

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
246	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123834	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,10	14,10	13,47	Przewlekle owrzdzenia		30%	4,67
247	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 10x10 cm, nieprzelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123834	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,10	14,10	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,63
248	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 10x10 cm, przelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455127115	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,10	14,10	13,47	Przewlekle owrzdzenia		30%	4,67
249	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 10x10 cm, przelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455127115	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,10	14,10	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,63
250	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123711	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,77	21,18	21,05	Przewlekle owrzdzenia		30%	6,45
251	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 12,5x12,5 cm, przelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123711	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,77	21,18	21,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,13
252	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123759	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	27,98	36,03	36,03	Przewlekle owrzdzenia		30%	10,81
253	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 14x19,8 cm, przelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 277.2 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123759	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	27,98	36,03	36,03	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
254	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123841	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	22,72	29,73	29,73	Przewlekle owrzdzenia		30%	8,92
255	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 15x15 cm, nieprzelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123841	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	22,72	29,73	29,73	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
256	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123865	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	30,29	38,79	38,79	Przewlekle owrzdzenia		30%	11,64
257	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 15x20 cm, nieprzelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123865	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	30,29	38,79	38,79	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
258	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123766	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	34,13	43,41	43,41	Przewlekle owrzdzenia		30%	13,02
259	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 16,9x20 cm, przelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 338 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123766	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	34,13	43,41	43,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
260	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123728	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	30,92	39,54	39,54	Przewlekle owrzdzenia		30%	11,86
261	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 17,5x17,5 cm, przelepekny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123728	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	30,92	39,54	39,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
262	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123858	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	40,14	50,64	50,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,19
263	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 20x20 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123858	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	40,14	50,64	50,64	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
264	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123735	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	44,53	55,66	55,66	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,70
265	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 21x21 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 441 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123735	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	44,53	55,66	55,66	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
266	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123742	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	75,73	91,50	91,50	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,45
267	Emplastry microfibrillum cellulosa	Aquacel Foam 25x30 cm, przylepny opatrunek piankowy w Technologii Hydrofiber, 750 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455123742	2021-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	75,73	91,50	91,50	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
268	Emplastry microfibrillum cellulosa	Biatain Adhesive 10x10 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861557	2021-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,93	13,92	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,49
269	Emplastry microfibrillum cellulosa	Biatain Adhesive 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861571	2021-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,47	20,86	20,86	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,26
270	Emplastry microfibrillum cellulosa	Biatain Adhesive 18x18 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 324 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861564	2021-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,12	41,08	41,08	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,32
271	Emplastry microfibrillum cellulosa	Biatain Adhesive 7,5x7,5 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861540	2021-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,70	8,17	7,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,86
272	Emplastry microfibrillum cellulosa	Biatain Adhesive Heel 19x20 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na piętę, 380 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861526	2021-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	38,63	48,75	48,75	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,63
273	Emplastry microfibrillum cellulosa	Biatain Adhesive Sacral 23x23 cm, samoprzylepny opatrunek piankowy na okolicę krzyżową, 529 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861533	2021-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	52,25	64,64	64,64	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,39
274	Emplastry microfibrillum cellulosa	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932476300	2021-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,19	15,24	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,81
275	Emplastry microfibrillum cellulosa	Biatain Non Adhesive 10x10 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932476300	2021-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,19	15,24	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,77
276	Emplastry microfibrillum cellulosa	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932476294	2021-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	24,12	31,20	30,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,98
277	Emplastry microfibrillum cellulosa	Biatain Non Adhesive 15x15 cm, nieprzylepny opatrunek piankowy, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932476294	2021-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	24,12	31,20	30,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,89

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
278	Emplastry microfibrillum cellulosa	Biatain Super Adhesive, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932551540	2019-05-01	3 lata	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,38	15,43	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,00
279	Emplastry microfibrillum cellulosa	Biatain Super Adhesive, przylepny opatrunek hydrokapilarny, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932551571	2019-05-01	3 lata	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,62	32,77	30,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,55
280	Emplastry microfibrillum cellulosa	Biatain Super Adhesive 20x20 cm, samoprzylepny opatrunek hydrokapilarny, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5708932861588	2021-07-01	3 lata	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	39,69	50,16	50,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,05
281	Emplastry microfibrillum cellulosa	Durafiber 10x10 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223466695	2019-11-01	3 lata	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,88	13,86	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,43
282	Emplastry microfibrillum cellulosa	Durafiber 15x15 cm, opatrunek włókninowy, żelowy, chłonny, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223466725	2019-11-01	3 lata	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	22,19	29,17	29,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,75
283	Emplastry microfibrillum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142231	2017-11-01	5 lat	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,82	12,75	12,75	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,83
284	Emplastry microfibrillum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142231	2017-11-01	5 lat	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,82	12,75	12,75	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
285	Emplastry microfibrillum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142248	2017-11-01	5 lat	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,85	26,71	26,71	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,01
286	Emplastry microfibrillum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142248	2017-11-01	5 lat	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,85	26,71	26,71	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
287	Emplastry microfibrillum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 5,5x12 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142255	2017-11-01	5 lat	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,17	8,96	8,89	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,74
288	Emplastry microfibrillum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 5,5x12 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142255	2017-11-01	5 lat	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,17	8,96	8,89	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,07
289	Emplastry microfibrillum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 8x8 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142224	2017-11-01	5 lat	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,65	8,35	8,35	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,51
290	Emplastry microfibrillum cellulosa	Foam Lite Convatec opatrunek piankowy z silikonową warstwą kontaktową, przylepny, opatrunek, 8x8 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0768455142224	2017-11-01	5 lat	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,65	8,35	8,35	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
291	Emplastry microfibrillum cellulosa	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004257	2022-01-01	3 lata	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,67	4,84	3,37	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,48
292	Emplastry microfibrillum cellulosa	Inadine 5x5 cm, opatrunek, 25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004257	2022-01-01	3 lata	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,67	4,84	3,37	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,47
293	Emplastry microfibrillum cellulosa	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90,25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004264	2022-01-01	3 lata	220,6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,26	12,92	12,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,41

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
294	Emplastry microfibrillum cellulosa	Inadine 9,5x9,5 cm, opatrunek, 90.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004264	2022-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,26	12,92	12,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,76
295	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430504999	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,49	28,20	28,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,46
296	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex 10x21 cm, opatrunek, 210 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430504999	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,49	28,20	28,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
297	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430446459	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,28	22,76	21,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,03
298	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430446459	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,28	22,76	21,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,71
299	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430505019	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,18	40,87	40,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,26
300	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430505019	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,18	40,87	40,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
301	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551306441	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	127,44	147,30	134,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	53,01
302	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex 20x50 cm, opatrunek, 1000 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332551306441	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	127,44	147,30	134,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	12,60
303	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Border 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430446527	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,06	22,53	21,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,80
304	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Border 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430446527	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,06	22,53	21,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,48
305	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Border 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430497116	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,18	40,87	40,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,26
306	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Border 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430497116	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,18	40,87	40,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
307	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Border 17,5x23 cm, opatrunek, 402.5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430497123	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,15	51,73	51,73	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,52
308	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Border 17,5x23 cm, opatrunek, 402.5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430497123	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,15	51,73	51,73	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
309	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Border 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430500670	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,72	10,52	8,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,51

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
310	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Border 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430500670	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,72	10,52	8,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,93
311	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Border EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430529152	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,28	22,76	21,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,03
312	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Border EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430529152	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,28	22,76	21,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,71
313	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Border EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430529206	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,18	40,87	40,87	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,26
314	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Border EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430529206	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	32,18	40,87	40,87	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
315	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Border EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430529107	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,83	10,63	8,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,62
316	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Border EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430529107	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,83	10,63	8,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,04
317	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666598	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,37	22,86	21,05	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,13
318	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex EM 12,5x12,5 cm, opatrunek, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666598	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	17,37	22,86	21,05	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,81
319	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666642	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	31,80	40,47	40,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,14
320	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex EM 17,5x17,5 cm, opatrunek, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666642	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	31,80	40,47	40,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
321	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666505	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,86	10,66	8,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,65
322	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex EM 7,5x8,5 cm, opatrunek, 63.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430666505	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,86	10,66	8,59	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	2,07
323	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430727572	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,98	29,67	29,67	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,90
324	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Talon 13X21 cm, opatrunek, 273 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430727572	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,98	29,67	29,67	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
325	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430008800	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	43,85	53,03	40,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	24,74

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
326	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepilex Transfer 15x20 cm, opatrunek jałowy, 300 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7332430008800	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	43,85	53,03	40,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	12,62
327	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7310792907108	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,69	11,87	10,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,80
328	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mepitel 7,5x10 cm, opatrunek jałowy, 75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7310792907108	2019-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,69	11,87	10,10	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,77
329	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190179527	2021-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,64	12,56	12,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,77
330	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mextra Superabsorbent 10x10 cm, opatrunek specjalistyczny, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190179527	2021-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,64	12,56	12,56	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
331	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mextra Superabsorbent 12,5x17,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 218.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190179428	2022-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	18,33	25,02	25,02	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,51
332	Emplastry microfibrillum cellulosa	Mextra Superabsorbent 17,5x22,5 cm, opatrunek specjalistyczny, 393.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7323190179442	2022-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	28,05	37,84	37,84	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,35
333	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130182224	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,80	14,83	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,40
334	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130182224	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,80	14,83	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,36
335	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130182231	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,75	27,28	26,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,42
336	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Absorption Dressing (Sorbact opatrunek absorpcyjny), opatrunek absorpcyjny wiążący bakterie, 10x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130182231	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,75	27,28	26,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,34
337	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Compress (Sorbact kompres), kompres wiążący bakterie, 7x9 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130181258	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,28	10,03	8,49	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,09
338	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Compress (Sorbact kompres), kompres wiążący bakterie, 7x9 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130181258	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	7,28	10,03	8,49	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,54
339	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact gel, opatrunek żelowy adsorbujący bakterie, 7,5x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130181371	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,66	15,99	15,15	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,39
340	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact gel, opatrunek żelowy adsorbujący bakterie, 7,5x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130181371	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,66	15,99	15,15	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,84
341	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact opatrunek piankowy, opatrunek piankowy, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130183153	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,53	27,43	27,43	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,23

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
342	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact opatrunek piankowy, opatrunek piankowy, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130183153	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,53	27,43	27,43	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
343	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 2x50 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130181210	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,37	14,38	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,95
344	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 2x50 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130181210	2018-01-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,37	14,38	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,91
345	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 5x200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130181203	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,90	40,70	40,70	Przewlekłe owrzodzenia		30%	12,21
346	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Ribbon Gauze (Sorbact taśma z gazy), taśma z gazy wiążąca bakterie, 5x200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130181203	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	25,90	40,70	40,70	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
347	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130185010	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,26	14,26	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,83
348	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130185010	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,26	14,26	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,79
349	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130185027	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,52	27,04	26,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,18
350	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 10x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130185027	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,52	27,04	26,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,10
351	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130185034	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,04	51,58	51,58	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,47
352	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130185034	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	41,04	51,58	51,58	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
353	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x30 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130185041	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	61,56	75,13	75,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	22,54
354	Emplastry microfibrillum cellulosa	Sorbact Superabsorbent, jałowy opatrunek z superabsorbentem wiążący bakterie i grzyby, 20x30 cm <sup>2</sup>	1 szt.	7392130185041	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	61,56	75,13	75,13	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
355	Emplastry microfibrillum cellulosa	Tielle, opatrunek, 11x11 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978001171	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	12,42	16,95	16,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,54
356	Emplastry microfibrillum cellulosa	Tielle, opatrunek, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978000648	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,09	30,11	30,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,03
357	Emplastry microfibrillum cellulosa	Tielle, opatrunek, 15x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978000587	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	30,78	39,31	39,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,79

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestrowanych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
358	Emplastry microfibrillum cellulosa	Tielle Non Adhesive, opatrunek, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004585	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,26	14,26	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,83
359	Emplastry microfibrillum cellulosa	Tielle Non Adhesive, opatrunek, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004585	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,26	14,26	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,79
360	Emplastry microfibrillum cellulosa	Tielle Non Adhesive, opatrunek, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004646	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,09	30,11	30,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,03
361	Emplastry microfibrillum cellulosa	Tielle Non Adhesive, opatrunek, 15x15 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004646	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,09	30,11	30,11	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
362	Emplastry microfibrillum cellulosa	Tielle Non Adhesive, opatrunek, 22x21 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004714	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,40	58,88	58,88	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,66
363	Emplastry microfibrillum cellulosa	Tielle Non Adhesive, opatrunek, 22x21 cm <sup>2</sup>	1 szt.	15051978004714	2019-03-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,40	58,88	58,88	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
364	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoClean, opatrunek na rany, 10x10 cm	1 szt.	3546895520270	2017-05-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	10,26	14,26	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,83
365	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoClean, opatrunek na rany, 15x15 cm	1 szt.	3546895520287	2017-05-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	23,22	30,25	30,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,08
366	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoClean, opatrunek na rany, 15x20 cm	1 szt.	3546895520294	2017-05-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	31,10	39,65	39,65	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,90
367	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoClean, opatrunek na rany, 6x6 cm	1 szt.	3546895520263	2017-05-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	3,67	5,27	4,85	Przewlekłe owrzodzenia		30%	1,88
368	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoClean ROPE, opatrunek na rany, 40x5 cm	1 szt.	3546895520300	2017-05-01	5 lat	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,74	27,27	26,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,41
369	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul Absorb Border Sacrum; 20 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 20x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518147	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	38,88	49,31	49,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,79
370	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul Absorb Border; 10 cm x 10 cm, opatrunek na rany, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518116	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,72	13,70	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,27
371	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul Absorb Border; 13 cm x 13 cm, opatrunek na rany, 13x13 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518123	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,43	22,12	22,12	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,64
372	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul Absorb Border; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518130	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,16	37,61	37,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,28
373	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul Absorb Border; 8 cm x 8 cm, opatrunek na rany, 8x8 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518109	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	6,22	8,95	8,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,92

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
374	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul Absorb Heel; 12 cm x 19 cm, opatrunek na rany, 12x19 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518093	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	22,16	29,18	29,18	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,75
375	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul Absorb; 10 cm x 10 cm, opatrunek na rany, 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518079	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,83	13,81	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,38
376	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul Absorb; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518086	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,48	37,94	37,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,38
377	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul; 10 cm x 12 cm, opatrunek na rany, 10x12 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518048	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,88	16,37	16,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,06
378	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul; 10 cm x 12 cm, opatrunek na rany, 10x12 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518048	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,88	16,37	16,16	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,21
379	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518055	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,48	37,94	37,94	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,38
380	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul; 15 cm x 20 cm, opatrunek na rany, 15x20 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518055	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,48	37,94	37,94	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
381	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul; 20 cm x 30 cm, opatrunek na rany, 20x30 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518062	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	58,97	72,41	72,41	Przewlekłe owrzodzenia		30%	21,72
382	Emplastry microfibrillum cellulosa	UrgoTul; 20 cm x 30 cm, opatrunek na rany, 20x30 cm <sup>2</sup>	1 szt.	3546895518062	2019-07-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	58,97	72,41	72,41	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
383	Emplastry microfibrillum cellulosa	Vliwasorb adhesive opatrunek z superabsorbentem, samoprzylepny 12x12 cm, opatrunek z superabsorbentem, 144 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447587721	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	11,56	16,51	16,51	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,95
384	Emplastry microfibrillum cellulosa	Vliwasorb Pro, opatrunek z superabsorbentem , 10x10 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649067429	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	4,86	8,59	8,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,58
385	Emplastry microfibrillum cellulosa	Vliwasorb Pro, opatrunek z superabsorbentem , 12,5x12,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649067443	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,23	10,11	10,11	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,03
386	Emplastry microfibrillum cellulosa	Vliwasorb Pro, opatrunek z superabsorbentem , 12,5x22,5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649067467	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	8,81	15,95	15,95	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,79
387	Emplastry microfibrillum cellulosa	Vliwasorb Pro, opatrunek z superabsorbentem , 22x22 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649067481	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	15,12	25,21	25,21	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,56
388	Emplastry microfibrillum cellulosa	Vliwasorb Pro, opatrunek z superabsorbentem , 22x32 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649067504	2019-05-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	21,99	34,62	34,62	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,39
389	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616713	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,47	13,47	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,04



Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
390	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus 10x10 cm, opatrunek z superabsorbentem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616713	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,50	13,47	13,47	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
391	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616751	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,01	25,45	25,45	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,64
392	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616751	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,01	25,45	25,45	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
393	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616874	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	76,03	92,31	92,31	Przewlekłe owrzodzenia		30%	27,69
394	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus 20x40 cm, opatrunek z superabsorbentem, 800 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4049500616874	2021-11-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	76,03	92,31	92,31	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
395	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276106	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,00	25,44	25,44	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,63
396	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone 10x20 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276106	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	19,00	25,44	25,44	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
397	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276069	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,84	20,20	20,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,06
398	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone 12,5x12,5 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276069	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,84	20,20	20,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
399	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276274	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,50	59,38	59,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,81
400	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone 20x25 cm, opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199276274	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,50	59,38	59,38	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
401	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298290	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,84	20,20	20,20	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,06
402	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone Border 12,5x12,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298290	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	14,84	20,20	20,20	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
403	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298337	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,08	37,61	37,61	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,28
404	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone Border 17,5x17,5 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298337	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	29,08	37,61	37,61	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
405	Emplastry microfibrillum cellulosa	Zetuvit Plus Silicone Border 20x25 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298412	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,50	59,38	59,38	Przewlekłe owrzodzenia		30%	17,81

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
406	Emplastry microfibrillum cellulosae	Zetuvit Plus Silicone Border 20x25 cm, samoprzylepny opatrunek z superabsorbentem i silikonową warstwą kontaktową, 500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4052199298412	2021-01-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	47,50	59,38	59,38	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
407	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415587	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	7,61	9,14	3,26	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,86
408	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 12,5cm x 12,5cm, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415587	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	7,61	9,14	3,26	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,88
409	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415594	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	14,85	17,79	6,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	13,32
410	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 17,5cm x 17,5cm, 306.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415594	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	14,85	17,79	6,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	11,40
411	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223416799	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	22,67	27,09	10,56	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,70
412	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Adhesive, opatrunek specjalistyczny - samoprzylepny, nawilżająca pianka poliuretanowa o rozmiarze 22,5cm x 22,5cm, 506.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223416799	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	22,67	27,09	10,56	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	16,53
413	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223426705	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	9,07	10,56	2,96	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,49
414	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Heel, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa o rozmiarze 10,5cm x 13,5cm kształt przystosowany do założenia na piętę, 141.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223426705	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	9,07	10,56	2,96	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	7,60
415	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415846	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	4,32	5,27	2,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,81
416	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x10 cm, opatrunek poliuretanowy, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415846	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	4,32	5,27	2,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	3,18
417	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223416775	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	8,10	9,98	4,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	7,06
418	Emplastry polyurethanum spumatum	Allevyn Non Adhesive 10x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 200 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223416775	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	8,10	9,98	4,17	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,81

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
419	Emplastry polyurethanum spumatum	Allewyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415853	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	17,28	20,85	8,34	Przewlekłe owrzodzenia		30%	15,01
420	Emplastry polyurethanum spumatum	Allewyn Non Adhesive 20x20 cm, opatrunek poliuretanowy, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223415853	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	17,28	20,85	8,34	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	12,51
421	Emplastry polyurethanum spumatum	Allewyn Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223426736	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	23,54	27,89	10,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	20,83
422	Emplastry polyurethanum spumatum	Allewyn Sacrum, opatrunek specjalistyczny - pianka poliuretanowa na okolicę krzyżową o rozmiarze 22cm x 22cm, 484 cm <sup>2</sup>	1 szt.	5000223426736	2018-01-01	5 lat	220.4, Opatrunki poliuretanowe	23,54	27,89	10,09	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	17,80
423	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite, opatrunek, 10x550 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611832	2019-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	96,31	114,69	114,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,41
424	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite, opatrunek, 10x550 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611832	2019-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	96,31	114,69	114,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
425	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite, opatrunek, 7,62x550 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611818	2019-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	73,40	89,28	87,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,11
426	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Calamine Lite, opatrunek, 7,62x550 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611818	2019-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	73,40	89,28	87,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,89
427	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611870	2021-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	96,31	114,69	114,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	34,41
428	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 10x550 cm, opatrunek, 5500 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611870	2021-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	96,31	114,69	114,69	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	0,00
429	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611856	2021-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	73,40	89,28	87,39	Przewlekłe owrzodzenia		30%	28,11
430	Emplastry polyurethanum spumatum	CoFlex TLC Zinc Lite 7,62x550 cm, opatrunek, 4191 cm <sup>2</sup>	1 szt.	0724004611856	2021-03-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	73,40	89,28	87,39	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	1,89
431	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683094	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,18	13,13	13,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,94
432	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 12,5x12,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 156.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683124	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	13,93	19,25	19,25	Przewlekłe owrzodzenia		30%	5,78
433	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 15x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683186	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	20,41	27,30	27,30	Przewlekłe owrzodzenia		30%	8,19
434	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 20x20 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 400 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683216	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	36,83	47,16	47,16	Przewlekłe owrzodzenia		30%	14,15

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
435	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border 7,5x8,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 63.75 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683155	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	5,92	8,63	8,59	Przewlekłe owrzodzenia		30%	2,62
436	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive border lite 10x10 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649683308	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	9,18	13,13	13,13	Przewlekłe owrzodzenia		30%	3,94
437	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive heel 25x23,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 587.5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649917687	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	51,30	64,23	64,23	Przewlekłe owrzodzenia		30%	19,27
438	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive multisite 12x15 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 180 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649917700	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	16,20	22,10	22,10	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,63
439	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P sensitive sacrum 17x17,5 cm, opatrunek piankowy z silikonem, 297.5 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4056649917663	2020-09-01	3 lata	220.6, Opatrunki regulujące poziom wilgotności rany	27,64	35,97	35,97	Przewlekłe owrzodzenia		30%	10,79
440	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej na okolicę krzyżową, sterylny, 18x20,5 cm, opatrunek, 369 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447031002	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	18,52	21,98	7,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	16,60
441	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, nieprzylepny, sterylny, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447013183	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	12,10	14,36	4,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	11,08
442	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, samoprzylepny, sterylny, 10x10 cm, opatrunek, 100 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447013343	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	5,16	6,15	2,09	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,69
443	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, samoprzylepny, sterylny, 15x15 cm, opatrunek, 225 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447013367	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	10,80	12,99	4,69	Przewlekłe owrzodzenia		30%	9,71
444	Emplastry polyurethanum spumatum	Suprasorb P, opatrunek z pianki poliuretanowej, samoprzylepny, sterylny, 7,5x7,5 cm, opatrunek, 56.25 cm <sup>2</sup>	1 szt.	4021447013329	2022-01-01	3 lata	220.4, Opatrunki poliuretanowe	4,21	4,83	1,17	Przewlekłe owrzodzenia		30%	4,01
445	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,25x5 mm (31G), Igły	100 szt.	0382903205189	2022-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	18,14	24,36	24,36	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	7,31
446	Igły do penów	BD Micro-Fine Plus 0,30x8 mm (30G), Igły	100 szt.	0382903205172	2022-01-01	2 lata	256.0, Igły do wstrzykiwaczy	18,14	24,36	24,36	Cukrzyca wymagająca podawania insuliny, z ograniczeniem do 4 opakowań igieł na rok dla jednego pacjenta		30%	7,31
447	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2022-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	7,88	9,82	4,54	Przewlekłe owrzodzenia		30%	6,64
448	Opatrunki hydrożelowe oraz hydrożelowe złożone	Granugel - żel hydrokoloidowy, żel, 15 g	15 g (tuba)	0768455157266	2022-01-01	3 lata	220.12, Opatrunki w postaci żelu	7,88	9,82	4,54	Epidermolysis bullosa		bezpłatny do limitu	5,28

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
449	Paski do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu	Keto-Diastix, test paskowy	50 szt.	5016003288302	2022-01-01	3 lata	219.1, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy i ciał ketonowych w moczu	12,74	17,56	17,56	Cukrzyca		30%	5,27
450	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 pasków	5907581253625	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,59	38,19	37,91	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,48
451	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Abra, test paskowy	50 pasków	5907581253625	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,59	38,19	37,91	Cukrzyca		30%	11,65
452	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 pasków	4015630056316	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,31	37,91	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,60
453	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Active, test paskowy	50 pasków	4015630056316	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,31	37,91	Cukrzyca		30%	11,77
454	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2021-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	58,97	72,58	72,58	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	6,40
455	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Instant, test paskowy	100 szt.	4015630067732	2021-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	58,97	72,58	72,58	Cukrzyca		30%	21,77
456	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2019-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,59	38,19	37,91	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,48
457	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Accu-Chek Performa, test paskowy	50 szt.	4015630980987	2019-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,59	38,19	37,91	Cukrzyca		30%	11,65
458	Paski do oznaczania glukozy we krwi	BTM SuperCheck 1, test paskowy	50 pasków (2 fiol. po 25 szt.)	4719932588185	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,65	36,15	36,15	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
459	Paski do oznaczania glukozy we krwi	BTM SuperCheck 1, test paskowy	50 pasków (2 fiol. po 25 szt.)	4719932588185	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,65	36,15	36,15	Cukrzyca		30%	10,85

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
460	Paski do oznaczania glukozy we krwi	CareSens N, test paskowy	50 szt.	8809126640358	2019-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,73	37,30	37,30	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
461	Paski do oznaczania glukozy we krwi	CareSens N, test paskowy	50 szt.	8809126640358	2019-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,73	37,30	37,30	Cukrzyca		30%	11,19
462	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,62	37,17	37,17	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
463	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Cera-Chek 1 Code, test paskowy	50 pasków	8809242521845	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,62	37,17	37,17	Cukrzyca		30%	11,15
464	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,32	37,91	37,91	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
465	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour Plus, test paskowy	50 szt.	5016003763403	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,32	37,91	37,91	Cukrzyca		30%	11,37
466	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,32	37,91	37,91	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
467	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Contour TS paski testowe, test paskowy	50 szt.	5016003183904	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,32	37,91	37,91	Cukrzyca		30%	11,37
468	Paski do oznaczania glukozy we krwi	D+, test paskowy	50 szt.	0858745005961	2019-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,54	36,04	36,04	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
469	Paski do oznaczania glukozy we krwi	D+, test paskowy	50 szt.	0858745005961	2019-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,54	36,04	36,04	Cukrzyca		30%	10,81
470	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,31	37,91	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,60

Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
471	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Diagnostic Gold Strip, test paskowy	50 szt.	5906881862681	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,70	38,31	37,91	Cukrzyca		30%	11,77
472	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,87	34,28	34,28	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
473	Paski do oznaczania glukozy we krwi	DIAVUE ToGo, test paskowy	50 szt.	4716022053035	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,87	34,28	34,28	Cukrzyca		30%	10,28
474	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 pasków	5904378480035	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,16	37,74	37,74	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
475	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Evercare, test paskowy	50 pasków	5904378480035	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,16	37,74	37,74	Cukrzyca		30%	11,32
476	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,60	36,60	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
477	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Everchek, test paskowy	50 szt.	5904378480356	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,60	36,60	Cukrzyca		30%	10,98
478	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2020-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,40	36,94	36,94	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
479	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Examedin® Fast, test paskowy	50 szt.	5902802701848	2020-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,40	36,94	36,94	Cukrzyca		30%	11,08
480	Paski do oznaczania glukozy we krwi	G-BIO, test paskowy	50 szt.	8800028000004	2017-09-01	5 lat	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,60	36,60	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
481	Paski do oznaczania glukozy we krwi	G-BIO, test paskowy	50 szt.	8800028000004	2017-09-01	5 lat	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,60	36,60	Cukrzyca		30%	10,98

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
482	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2021-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,47	35,47	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
483	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GensuCare, test paskowy	50 szt.	8809301161135	2021-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,47	35,47	Cukrzyca		30%	10,64
484	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard 01 Sensor, test paskowy	50 szt.	4987486785590	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,91	37,48	37,48	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
485	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard 01 Sensor, test paskowy	50 szt.	4987486785590	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,91	37,48	37,48	Cukrzyca		30%	11,24
486	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard Vital Test Strip, test paskowy	50 pasków	5028939000101	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,60	37,15	37,15	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
487	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucocard Vital Test Strip, test paskowy	50 pasków	5028939000101	2019-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,60	37,15	37,15	Cukrzyca		30%	11,15
488	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GLUCODR. AUTO A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,51	37,06	37,06	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
489	Paski do oznaczania glukozy we krwi	GLUCODR. AUTO A, test paskowy	50 szt.	8806128340125	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,51	37,06	37,06	Cukrzyca		30%	11,12
490	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,97	38,59	37,91	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,88
491	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucomaxx, test paskowy	50 szt.	5903111882327	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,97	38,59	37,91	Cukrzyca		30%	12,05
492	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,02	37,59	37,59	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20



Ip.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
493	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosense, test paskowy	50 szt.	5908222562274	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,02	37,59	37,59	Cukrzyca		30%	11,28
494	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosure HT, test paskowy	50 szt.	4713648760811	2017-03-01	5 lat	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,60	36,60	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
495	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Glucosure HT, test paskowy	50 szt.	4713648760811	2017-03-01	5 lat	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,60	36,60	Cukrzyca		30%	10,98
496	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,38	37,96	37,91	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,25
497	Paski do oznaczania glukozy we krwi	iXell, test paskowy	50 szt.	5908222562632	2022-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,38	37,96	37,91	Cukrzyca		30%	11,42
498	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Microdot, test paskowy	50 szt.	5060141250035	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,54	36,04	36,04	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
499	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Microdot, test paskowy	50 szt.	5060141250035	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,54	36,04	36,04	Cukrzyca		30%	10,81
500	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK paski testowe do pomiaru stężenia glukozy we krwi, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2017-05-01	5 lat	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,60	36,60	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
501	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Multisure GK paski testowe do pomiaru stężenia glukozy we krwi, test paskowy	50 szt.	4713648760507	2017-05-01	5 lat	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	28,08	36,60	36,60	Cukrzyca		30%	10,98
502	Paski do oznaczania glukozy we krwi	OKmeter Core, test paskowy	50 szt.	4712803561836	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,87	34,28	34,28	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
503	Paski do oznaczania glukozy we krwi	OKmeter Core, test paskowy	50 szt.	4712803561836	2021-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	25,87	34,28	34,28	Cukrzyca		30%	10,28

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
504	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2019-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,48	38,07	37,91	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,36
505	Paski do oznaczania glukozy we krwi	One Touch Select Plus, test paskowy	50 szt.	7613427012759	2019-11-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,48	38,07	37,91	Cukrzyca		30%	11,53
506	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791707249	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,16	37,74	37,74	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
507	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Optium Xido, test paskowy	50 szt.	5021791707249	2019-03-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	29,16	37,74	37,74	Cukrzyca		30%	11,32
508	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Rightest GS100, test paskowy	50 szt. (2 opak.po 25 szt.)	4710627333462	2019-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	24,84	33,20	33,20	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
509	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Rightest GS100, test paskowy	50 szt. (2 opak.po 25 szt.)	4710627333462	2019-05-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	24,84	33,20	33,20	Cukrzyca		30%	9,96
510	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	100 szt.	5907814464705	2020-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	55,08	68,49	68,49	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	6,40
511	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	100 szt.	5907814464705	2020-01-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	55,08	68,49	68,49	Cukrzyca		30%	20,55
512	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2019-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,54	36,04	36,04	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20
513	Paski do oznaczania glukozy we krwi	VivaChek Ino, test paskowy	50 szt.	5907814464934	2019-09-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,54	36,04	36,04	Cukrzyca		30%	10,81
514	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 szt.	9120015788258	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,47	35,47	Cukrzyca typu I; Pozostałe typy cukrzycy wymagające co najmniej 3 wstrzyknięć insuliny na dobę oraz terapia cukrzycy za pomocą pompy insulinowej		ryczałt	3,20

1p.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena detaliczna	Wysokość limitu finansowania	Zakres wskazań objętych refundacją	Zakres wskazań pozarejestacyjnych objętych refundacją	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
515	Paski do oznaczania glukozy we krwi	Wellion SymPhar, test paskowy	50 szt.	9120015788258	2021-07-01	3 lata	219.2, Paski diagnostyczne do oznaczania glukozy we krwi	27,00	35,47	35,47	Cukrzyca		30%	10,64

## B. Leki i środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego dostępne w ramach programu lekowego

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 100 mg	70 szt.	05014602500986	2020-09-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	12336,30	12953,12	12953,12	B.9.	bezpłatny	0 zł
2	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 150 mg	70 szt.	05014602500993	2020-09-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	12336,30	12953,12	12953,12	B.9.	bezpłatny	0 zł
3	Abemaciclibum	Verzenios, tabl. powł., 50 mg	70 szt.	05014602500979	2020-09-01	2 lata	1210.0, Abemacyklib	12336,30	12953,12	12953,12	B.9.	bezpłatny	0 zł
4	Abirateronum	Zytiga, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991307080	2022-01-01	8 miesięcy	1121.0, Octan abirateronu	13392,00	14061,60	14061,60	B.56.	bezpłatny	0 zł
5	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg	1 amp.-strzyk. 0,4 ml	08715131019761	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2019-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	499,54	524,52	400,33	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
6	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml	08715131019808	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2019-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1998,17	2098,08	1601,32	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
7	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml	08715131019792	2019-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1998,17	2098,08	1601,32	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.	bezpłatny	0 zł
8	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	6 amp.-strzyk. 0,8 ml	08715131019754	2019-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	5994,52	6294,25	4803,96	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.	bezpłatny	0 zł
9	Adalimumabum	Amgevita, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	6 wstrzykiwaczy 0,8 ml	08715131019747	2019-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	5994,52	6294,25	4803,96	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.	bezpłatny	0 zł
10	Adalimumabum	Humira, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	2 amp.-strz. + 2 gaziki nasączone alkoholem	05909990005055	<1>2020-03-01/<2><3>2019-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	2455,11	2577,87	1601,32	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.	bezpłatny	0 zł
11	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg	2 amp. - strzyk. z zabezpieczeniem	07613421020897	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2019-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1944,00	2041,20	1601,32	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
12	Adalimumabum	Hyrimoz, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg	2 wstrzykiwacze	07613421020880	<1>2021-03-01/<2><3><4><5>2019-03-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1944,00	2041,20	1601,32	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.	bezpłatny	0 zł
13	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg	1 fiol. 0,8 ml + 1 strzyk. + 1 igła + 1 nasadka + 2 gaziki	04052682034206	2020-03-01	<1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	762,53	800,66	800,66	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
14	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034213	2020-03-01	<1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1525,07	1601,32	1601,32	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
15	Adalimumabum	Idacio, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki	04052682034220	2020-03-01	<1><2><3><4><5>3 lata/<6>2 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1525,07	1601,32	1601,32	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.105.	bezpłatny	0 zł
16	Adalimumabum	Imraldi, roztwór do wstrzykiwań we ampulko-strzykawce, 40 mg	2 amp.-strzyk. 0,8 ml + 2 gaziki	08809593170150	2021-01-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1944,00	2041,20	1601,32	B.32.	bezpłatny	0 zł
17	Adalimumabum	Imraldi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 40 mg	2 wstrzykiwacze 0,8 ml + 2 gaziki	08809593170167	2021-01-01	3 lata	1050.1, blokery TNF - adalimumab	1944,00	2041,20	1601,32	B.32.	bezpłatny	0 zł
18	Adefoviri dipivoxilum	Hepsera, tabl., 10 mg	30 tabl.	05909990009596	2019-07-01	3 lata	1051.1, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamivudyna - adefowir	934,20	980,91	980,91	B.1.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
19	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991083397	2021-11-01	1 rok 10 miesięcy	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	7938,00	8334,90	8334,90	B.6.	bezpłatny	0 zł
20	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991083434	2021-11-01	1 rok 10 miesięcy	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	7938,00	8334,90	8334,90	B.6.	bezpłatny	0 zł
21	Afatinibum	Giotrif, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991083465	2021-11-01	1 rok 10 miesięcy	1127.0, Inhibitory kinaz białkowych - afatynib	7938,00	8334,90	8334,90	B.6.	bezpłatny	0 zł
22	Afibercept	Eylea, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.a 0,1 ml	03837000137095	<1>2019-05-01/<2>2021-07-01	<1>3 lata/<2>1 rok 4 miesiące	1133.0, Afibercept	2808,00	2948,40	2948,40	<1>B.70.; <2>B.120.	bezpłatny	0 zł
23	Afibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991039400	2021-07-01	1 rok 6 miesięcy	1164.0, Leki p-nowotworowe – afibercept	1395,14	1464,90	1464,90	B.4.	bezpłatny	0 zł
24	Afibercept	Zaltrap, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 8 ml	05909991039462	2021-07-01	1 rok 6 miesięcy	1164.0, Leki p-nowotworowe – afibercept	2790,29	2929,80	2929,80	B.4.	bezpłatny	0 zł
25	Agalsidasum alfa	Replagal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. 3,5 ml	05909990999514	2021-09-01	2 lata	1191.1, Agalzydaza alfa	5940,00	6237,00	6237,00	B.104.	bezpłatny	0 zł
26	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 35 mg	1 fiol.	05909990971213	2021-09-01	2 lata	1191.2, Agalzydaza beta	11374,31	11943,03	11943,03	B.104.	bezpłatny	0 zł
27	Agalsidasum beta	Fabrazyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg	1 fiol.	05909990013654	2021-09-01	2 lata	1191.2, Agalzydaza beta	1624,91	1706,16	1706,15	B.104.	bezpłatny	0 zł
28	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326180	2021-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	8532,00	8958,60	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
29	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326197	2021-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	17064,00	17917,20	5443,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
30	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326166	2021-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	2133,00	2239,65	680,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
31	Albutrepenonacogum alfa	Idelvion, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. + zestaw do transferu	05909991326173	2021-07-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	4266,00	4479,30	1360,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
32	Alectinibum	Alecensa, kaps. twarde, 150 mg	224 szt.	05902768001143	2021-07-01	2 lata	1190.0, Alectinib	22826,62	23967,95	23967,95	B.6.	bezpłatny	0 zł
33	Alemtuzumabum	Lemtrada, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 12 mg	1 fiol.	05909991088156	2021-01-01	2 lata	1160.0, Alemtuzumab	30038,04	31539,94	31539,94	B.46.	bezpłatny	0 zł
34	Alglucosidasum alfa	Myozyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990623853	2021-03-01	3 lata	1052.0, Alglucosidase alfa	1892,16	1986,77	1986,77	B.22.	bezpłatny	0 zł
35	Alirocumabum	Praluent, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	2 wstrzykiwacze	05909991236618	2020-11-01	2 lata	1181.0, Alirocumab	1778,11	1867,02	1867,02	B.101.	bezpłatny	0 zł
36	Amifampridinum	Firdapse, tabl., 10 mg	100 szt.	05055956400706	2021-11-01	2 lata	1227.0, Amifamprydyna	8505,00	8930,25	8930,25	B.121.	bezpłatny	0 zł
37	Anakinrum	Kineret, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/0,67 ml	7 amp.-strz. po 0,67 ml	07350031442090	2021-05-01	2 lata	1153.0, Anakinra	859,46	902,43	902,43	B.86.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
38	Apomorphini hydrochloridum hemihydricum	Dacepton, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	5 fiol.a 20 ml	05909991247904	2020-09-01	2 lata	1177.0, Apomorfina	846,72	889,06	889,06	B.90.	bezpłatny	0 zł
39	Atezolizumabum	Tecentriq, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1200 mg	1 fiol.a 20 ml	05902768001167	2021-07-01	2 lata	1183.0, Atezolizumab	19389,24	20358,70	20358,70	B.6.	bezpłatny	0 zł
40	Avelumabum	Bavencio, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	04054839462153	2021-05-01	2 lata	1223.0, Awelumab	3996,00	4195,80	4195,80	B.117.	bezpłatny	0 zł
41	Axitinibum	Inlyta, tabl. powł., 1 mg	56 szt.	05909991004439	2021-03-01	1 rok 6 miesięcy	1122.0, Aksyтынib	3275,64	3439,42	3439,42	B.10.	bezpłatny	0 zł
42	Axitinibum	Inlyta, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991004460	2021-03-01	1 rok 6 miesięcy	1122.0, Aksyтынib	16374,96	17193,71	17193,71	B.10.	bezpłatny	0 zł
43	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powł., 2 mg	35 szt.	03837000170740	2022-01-01	2 lata	1192.0, Baricyтынib	5194,85	5454,59	5454,59	B.33.	bezpłatny	0 zł
44	Baricitinibum	Olumiant, tabl. powł., 4 mg	35 szt.	03837000170825	2022-01-01	2 lata	1192.0, Baricyтынib	5194,85	5454,59	5454,59	B.33.	bezpłatny	0 zł
45	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 amp.-strz. a 1 ml	05000456031516	2021-11-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	9294,12	9758,83	9758,83	B.44.	bezpłatny	0 zł
46	Benralizumab	Fasenra, roztwór do wstrzykiwań, 30 mg	1 wstrzykiwacz a 1 ml	05000456059213	2021-11-01	2 lata	1199.0, Benralizumab	9294,12	9758,83	9758,83	B.44.	bezpłatny	0 zł
47	Betainum anhydricum	Cystadane, proszek doustny, 1 g	180 g	05909990031900	2020-01-01	3 lata	1084.0, Betaine anhydrous	1728,00	1814,40	1814,40	B.21.	bezpłatny	0 zł
48	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08436596260047	2021-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1987,20	2086,56	2086,56	<1>B.4.; B.50.; <2>B.116.	bezpłatny	0 zł
49	Bevacizumabum	Alymsys, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08436596260030	2021-09-01	<1><2>3 lata/<3><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	496,80	521,64	521,64	<1>B.4.; <2>B.50.; <3>B.116.; <4>B.120.	bezpłatny	0 zł
50	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/4 ml	1 fiol.po 4 ml	05909990010486	<1>2019-07-01/<2>2021-03-01/<3>2021-05-01/<4>2021-07-01	<1><2>3 lata/<3><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1171,80	1230,39	521,64	<1>B.4.; <2>B.50.; <3>B.116.; <4>B.120.	bezpłatny	0 zł
51	Bevacizumabum	Avastin, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg/16 ml	1 fiol.po 16 ml	05909990010493	<1>2019-07-01/<2>2021-03-01/<3>2021-05-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	4687,20	4921,56	2086,56	<1>B.4.; <2>B.50.; <3>B.116.	bezpłatny	0 zł
52	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	08715131021870	<1><2>2021-01-01/<3>2021-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	2165,83	2274,12	2086,56	<1>B.4.; <2>B.50.; <3>B.116.	bezpłatny	0 zł
53	Bevacizumabum	Mvasi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	08715131021863	<1><2>2021-01-01/<3>2021-07-01/<4>2021-09-01	<1><2>3 lata/<3><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	541,46	568,53	521,64	<1>B.4.; <2>B.50.; <3>B.120.; <4>B.116.	bezpłatny	0 zł
54	Bevacizumabum	Zirabev, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05415062349342	2021-03-01	3 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	2181,60	2290,68	2086,56	B.4.; B.50.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
55	Bevacizumabum	Zirabev, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05415062349359	<1>2021-03-01/<2>2021-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	545,40	572,67	521,64	<1>B.4.; B.50.; <2>B.120.	bezpłatny	0 zł
56	Bewacyzumab	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 16 ml	05901797710989	2021-11-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	1900,80	1995,84	1995,84	<1>B.4.; <2>B.50.; <3>B.116.	bezpłatny	0 zł
57	Bewacyzumab	Abevmy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05901797710972	2021-11-01	<1><2>3 lata/<3><4>2 lata	1095.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - bewacyzumab	475,20	498,96	498,96	<1>B.4.; <2>B.50.; <3>B.116.; <4>B.120.	bezpłatny	0 zł
58	Bexarotenum	Targretin, kaps. miękkie, 75 mg	100 szt.	05909990213504	2021-01-01	3 lata	1129.0, Beksarotenum	3844,80	4037,04	4037,04	B.66.	bezpłatny	0 zł
59	Binimetinib	Mektovi, tabl. powł., 15 mg	84 szt.	03573994003922	2020-09-01	2 lata	1214.0, Binimetynib	11688,98	12273,43	12273,43	B.59.	bezpłatny	0 zł
60	Blinatumomabum	Blinicyto, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 38,5 µg	1 fiol.prosz. + 1 fiol.roztw.stabilizującego 10ml	05909991256371	2021-01-01	2 lata	1188.0, Blinatumomab	9984,83	10484,07	10484,07	B.65.	bezpłatny	0 zł
61	Bosentanum	Bopaho, tabl. powł., 125 mg	56 szt.	05909991102869	2021-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	810,00	850,50	850,50	B.31.	bezpłatny	0 zł
62	Bosentanum	Bopaho, tabl. powł., 62,5 mg	56 szt.	05909991102807	2021-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	405,00	425,25	425,25	B.31.	bezpłatny	0 zł
63	Bosentanum	Bosentan Sandoz GmbH, tabl. powł., 125 mg	56 szt.	05907626708004	2021-09-01	3 lata	1056.0, Bosentan	1350,00	1417,50	850,50	B.31.	bezpłatny	0 zł
64	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991056841	2021-07-01	1 rok 8 miesięcy	1163.0, Bosutynib	2671,35	2804,92	2804,92	B.14.	bezpłatny	0 zł
65	Bosutinibum	Bosulif, tabl. powł., 500 mg	28 szt.	05909991056865	2021-07-01	1 rok 8 miesięcy	1163.0, Bosutynib	13356,77	14024,61	14024,61	B.14.	bezpłatny	0 zł
66	Brentuximabum vedotinum	Adcetris, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.	05909991004545	2020-09-01	2 lata	1142.0, Brentuksymab vedotin	13100,40	13755,42	13755,42	B.66; B.77.	bezpłatny	0 zł
67	Brigatinib	Alunbrig, tabl. powł., 180 mg	28 szt.	07038319119956	2021-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	17567,28	18445,64	18445,62	B.6.	bezpłatny	0 zł
68	Brigatinib	Alunbrig, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	07038319119963	2021-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	8783,64	9222,82	9222,81	B.6.	bezpłatny	0 zł
69	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	07038319119970	2021-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	2927,88	3074,27	3074,27	B.6.	bezpłatny	0 zł
70	Brigatinibum	Alunbrig, tabl. powł., 90+180 mg	28 szt. (7 tabl. 90 mg + 21 tabl. 180 mg)	07038319119987	2021-07-01	2 lata	1209.0, Brygatynib	17567,28	18445,64	16139,92	B.6.	bezpłatny	0 zł
71	Brolucizumabum	Beovu, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/ml	1 amp.-strzyk. 0,165 ml	07613421034993	2021-11-01	2 lata	1235.0, Brolucizumab	2847,61	2990,00	2990,00	B.70.	bezpłatny	0 zł
72	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	03582186003947	<1>2021-05-01/<2>2020-09-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	28252,80	29665,44	14832,72	<1>B.5.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
73	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	03582186003954	<1>2021-05-01/<2>2020-09-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	28252,80	29665,44	29665,44	<1>B.5.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
74	Cabozantinibum	Cabometyx, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	03582186003961	<1>2021-05-01/<2>2020-09-01	2 lata	1175.0, Kabozantynib	28252,80	29665,44	29665,44	<1>B.5.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
75	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol.	05909991298470	2021-11-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	2184,84	2294,08	2294,07	B.54.	bezpłatny	0 zł
76	Carfilzomibum	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol.	05909991256388	2021-11-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	4369,68	4588,16	4588,14	B.54.	bezpłatny	0 zł
77	Cemiplimabum	Libtayo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 350 mg	1 fiol.	05909991408329	2021-11-01	2 lata	1231.0, Cemiplimab	23004,00	24154,20	24154,20	B.125.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
78	Ceritinibum	Zykadia, kaps. twarde, 150 mg	150 szt.	05909991220075	2022-01-01	2 lata	1197.0, Cerytynib	21089,56	22144,04	22144,04	B.6.	bezpłatny	0 zł
79	Certolizumabum pegol	Cimzia, roztwór do wstrzykiwań w amp.-strz., 200 mg/ml	2 amp.-strz.	05909990734894	<1><2><3><5>2021-09-01/<4>2021-01-01	<1><2><3><4>2 lata/<5>3 lata	1104.0, Certolizumab pegol	2957,70	3105,59	3105,59	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
80	Cetuximabum	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990035946	<1>2021-03-01/<2>2020-03-01	2 lata	1057.0, Cetuximab	3828,60	4020,03	4020,03	<1>B.4.; <2>B.52.	bezpłatny	0 zł
81	Cetuximabum	Erbitux, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990035922	<1>2021-03-01/<2>2020-03-01	2 lata	1057.0, Cetuximab	765,72	804,01	804,01	<1>B.4.; <2>B.52.	bezpłatny	0 zł
82	Cinacalcetum	Cinacalcet Accord, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991256654	2019-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	324,00	340,20	340,20	B.39.	bezpłatny	0 zł
83	Cinacalcetum	Cinacalcet Accord, tabl. powł., 60 mg	28 szt.	05909991256685	2019-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	648,00	680,40	680,40	B.39.	bezpłatny	0 zł
84	Cinacalcetum	Cinacalcet Accord, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	05909991256715	2019-05-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	972,00	1020,60	1020,60	B.39.	bezpłatny	0 zł
85	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909990016297	2019-07-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	629,05	660,50	340,20	B.39.	bezpłatny	0 zł
86	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powł., 60 mg	28 szt.	05909990016341	2019-07-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	1201,54	1261,62	680,40	B.39.	bezpłatny	0 zł
87	Cinacalcetum	Mimpara, tabl. powł., 90 mg	28 szt.	05909990016389	2019-07-01	3 lata	1058.0, Cinacalcet	1778,11	1867,02	1020,60	B.39.	bezpłatny	0 zł
88	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	1 szt.	04054839365331	2021-11-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	9534,11	10010,82	10010,82	B.46.	bezpłatny	0 zł
89	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	4 szt.	04054839365348	2021-11-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	38136,44	40043,26	40043,26	B.46.	bezpłatny	0 zł
90	Cladribinum	Mavenclad, tabl., 10 mg	6 szt.	04054839365355	2021-11-01	2 lata	1200.0, Kladrybina	57204,66	60064,89	60064,89	B.46.	bezpłatny	0 zł
91	Cobimetinibum	Cotellic, tabl. powł., 20 mg	63 szt.	05902768001136	2021-03-01	3 lata	1158.0, Kobimetynib	21600,00	22680,00	22680,00	B.59.	bezpłatny	0 zł
92	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 200 mg	60 szt.	05909991004484	2021-01-01	1 rok 8 miesięcy	1151.0, Kryzotynib	18587,23	19516,59	19516,59	B.6.	bezpłatny	0 zł
93	Crizotinibum	Xalkori, kaps. twarde, 250 mg	60 szt.	05909991004507	2021-01-01	1 rok 8 miesięcy	1151.0, Kryzotynib	23234,04	24395,74	24395,74	B.6.	bezpłatny	0 zł
94	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	120 szt.	05909991078591	2021-01-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	17794,08	18683,78	18683,78	B.59.	bezpłatny	0 zł
95	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909991078584	2021-01-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	4151,95	4359,55	4359,55	B.59.	bezpłatny	0 zł
96	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	120 szt.	05909991078645	2021-01-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	26691,12	28025,68	28025,68	B.59.	bezpłatny	0 zł
97	Dabrafenibum	Tafinlar, kaps. twarde, 75 mg	28 szt.	05909991078607	2021-01-01	2 lata	1136.0, Inhibitory kinaz białkowych - dabrafenib	6227,93	6539,33	6539,33	B.59.	bezpłatny	0 zł
98	Dacomitinibum	Vizimpro, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	05415062343951	2021-07-01	2 lata	1224.0, Dakomitynib	9271,80	9735,39	3245,13	B.6.	bezpłatny	0 zł
99	Dacomitinibum	Vizimpro, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05415062343968	2021-07-01	2 lata	1224.0, Dakomitynib	9271,80	9735,39	6490,26	B.6.	bezpłatny	0 zł
100	Dacomitinibum	Vizimpro, tabl. powł., 45 mg	30 szt.	05415062343975	2021-07-01	2 lata	1224.0, Dakomitynib	9271,80	9735,39	9735,39	B.6.	bezpłatny	0 zł
101	Daratumumabum	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991275235	2021-07-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	7210,32	7570,84	7570,84	B.54.	bezpłatny	0 zł
102	Daratumumabum	Darzalex, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991275228	2021-07-01	2 lata	1187.0, Daratumumab	1802,58	1892,71	1892,71	B.54.	bezpłatny	0 zł
103	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 20 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990738779	2019-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	136,08	142,88	116,39	B.37.	bezpłatny	0 zł



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
104	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990738793	2019-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoetę - darbepoetyna	204,12	214,33	174,58	B.37.	bezpłatny	0 zł
105	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 40 µg/0,4 ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990738847	2019-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoetę - darbepoetyna	272,16	285,77	232,78	B.37.	bezpłatny	0 zł
106	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 50 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990738861	2019-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoetę - darbepoetyna	340,20	357,21	290,97	B.37.	bezpłatny	0 zł
107	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 60 µg/0,3 ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990738885	2019-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoetę - darbepoetyna	408,24	428,65	349,17	B.37.	bezpłatny	0 zł
108	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990671601	<1>2019-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	14009,68	14710,16	14710,16	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
109	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 140 mg	30 szt.	05909990818655	<1>2019-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	19613,56	20594,24	20594,24	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
110	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990621323	<1>2019-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	5603,87	5884,06	5884,06	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
111	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990621354	<1>2019-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	14009,68	14710,16	14710,16	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
112	Dazatynib	Sprycel, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990818631	<1>2019-11-01/<2>2021-11-01	3 lata	1059.0, Dazatynib	11207,74	11768,13	11768,13	<1>B.14.; <2>B.65.	bezpłatny	0 zł
113	Dexamethasonum	Ozurdex, implant doszkliskowy, 700 µg	1 implant doszkliskowy z aplikatorem	05909990796663	2021-07-01	2 lata	1161.1, Deksametazon w postaci implantów do ciała szklistego	4201,20	4411,26	4411,26	B.120.	bezpłatny	0 zł
114	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 120 mg	14 kaps.	00646520415445	2020-09-01	2 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	1021,68	1072,76	1072,76	B.29.	bezpłatny	0 zł
115	Dimethylis fumaras	Tecfidera, kaps. dojel. twarde, 240 mg	56 kaps.	00646520415452	2020-09-01	2 lata	1145.0, Fumaran dimetylu	4086,72	4291,06	4291,06	B.29.	bezpłatny	0 zł
116	Dinutuximab beta	Qarziba, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4,5 mg/ml	1 fiol.po 4,5 ml	05060146291736	2020-09-01	2 lata	1208.0, Dinutuksymab beta	39580,62	41559,65	41559,65	B.110.	bezpłatny	0 zł
117	Dupilumabum	Dupixent, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	2 amp.-strzyk. 2 ml z osłonką na igłę	05909991341435	2021-11-01	2 lata	1230.0, Dupilumab	4884,93	5129,18	5129,18	B.124.	bezpłatny	0 zł
118	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05000456031493	2021-01-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	9828,00	10319,40	10319,40	B.6.	bezpłatny	0 zł
119	Durvalumabum	Imfinzi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.a 2,4 ml	05000456031486	2021-01-01	2 lata	1218.0, Durwalumab	2358,72	2476,66	2476,66	B.6.	bezpłatny	0 zł
120	Eculizumabum	Soliris, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. 30 ml	05909990643776	2022-01-01	1 rok 10 miesięcy	1171.0, Eculizumab	18361,08	19279,13	19279,13	B.95.	bezpłatny	0 zł
121	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246488	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2592,00	2721,60	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
122	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246495	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3888,00	4082,40	4082,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
123	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246501	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	5184,00	5443,20	5443,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
124	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246457	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	648,00	680,40	680,40	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
125	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246518	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	7776,00	8164,80	8164,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
126	Efmoroctocogum alfa	Elocta, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 3 ml + zestaw do sporządzania i podania	05909991246464	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1296,00	1360,80	1360,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
127	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441673	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	4201,20	4411,26	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
128	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441680	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	8402,40	8822,52	5443,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
129	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441659	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	1050,30	1102,82	680,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
130	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441697	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	12603,60	13233,78	8164,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
131	Eftrenonacogum alpha	Alprolix, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 IU	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp. 5 ml + zestaw do podawania	07350031441666	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	2100,60	2205,63	1360,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
132	Elbasvirum + Grazoprevirum	Zepatier, tabl. powł., 50+100 mg	28 szt.	05901549325102	2021-05-01	3 lata	1135.5, Leki przeciwwirusowe - elbaswir, grazoprewir	43092,00	45246,60	45246,60	B.71.	bezpłatny	0 zł
133	Eliglustatum	Cerdelga, kaps. twarde, 84 mg	56 szt.	05909991205942	2020-03-01	2 lata	1204.0, Eliglustat	85644,00	89926,20	89926,20	B.23.	bezpłatny	0 zł
134	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powł., 25 mg	28 szt.	05909990748204	<1><3>2021-11-01/<2>2021-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	3218,23	3379,14	3379,14	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
135	Eltrombopagum	Revolade, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990748235	<1><3>2021-11-01/<2>2021-03-01	2 lata	1172.0, Eltrombopag	6436,45	6758,27	6758,27	<1>B.97.; <2>B.98.; <3>B.127.	bezpłatny	0 zł
136	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	03573994003939	2020-09-01	2 lata	1213.0, Enkorafenib	3433,32	3604,99	3069,36	B.59.	bezpłatny	0 zł
137	Encorafenibum	Braftovi, kaps. twarde, 75 mg	42 szt.	03573994003946	2020-09-01	2 lata	1213.0, Enkorafenib	6577,20	6906,06	6906,06	B.59.	bezpłatny	0 zł
138	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05909991363734	<1>2020-01-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	91,79	96,38	96,38	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
139	Entecavirum	Entecavir Aurovitas, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991363826	2020-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	183,58	192,76	192,76	B.1.	bezpłatny	0 zł
140	Entecavirum	Entecavir Polpharma, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05909991337957	<1>2021-01-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	410,40	430,92	430,92	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
141	Entecavirum	Entecavir Polpharma, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909991337971	2021-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	820,80	861,84	861,84	B.1.	bezpłatny	0 zł
142	Entecavirum	Entecavir Synoptis, tabletki powlekane, 0,5 mg	30 szt.	05909991347451	<1>2019-07-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	91,80	96,39	96,39	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
143	Entecavirum	Entecavir Synoptis, tabletki powlekane, 1 mg	30 szt.	05909991347468	2019-07-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	183,60	192,78	192,78	B.1.	bezpłatny	0 zł
144	Entecavirum	Entecavir Zentiva, tabletki powlekane, 0,5 mg	30 tabl.	05909991369576	<1>2019-03-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	91,80	96,39	96,39	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
145	Entecavirum	Entecavir Zentiva, tabletki powlekane, 1 mg	30 tabl.	05909991369590	2019-03-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	183,60	192,78	192,78	B.1.	bezpłatny	0 zł
146	Entecavirum	Entekavir Adamed, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05906414003123	<1>2021-03-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	361,80	379,89	379,89	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
147	Entecavirum	Entekavir Adamed, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05906414003130	2021-03-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	723,60	759,78	759,78	B.1.	bezpłatny	0 zł
148	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05055565742532	<1>2021-01-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	215,95	226,75	226,75	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
149	Entecavirum monohydricum	Entecavir Accord, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05055565742549	2021-01-01	3 lata	1051.2, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna - entekawir	431,89	453,48	453,48	B.1.	bezpłatny	0 zł
150	Enzalutamidum	Xtandi, kapsułka miękka, 40 mg	112 szt.	05909991080938	2021-09-01	2 lata	1168.0, Enzalutamid	13296,96	13961,81	13961,81	B.56.	bezpłatny	0 zł
151	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 1000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072378	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	162,00	170,10	170,10	B.37.	bezpłatny	0 zł
152	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 2000 j.m./ml	6 amp.-strz.po 1 ml	05909990072392	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	324,00	340,20	340,20	B.37.	bezpłatny	0 zł
153	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 3000 j.m./0,3 ml	6 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990072439	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	486,00	510,30	510,30	B.37.	bezpłatny	0 zł
154	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 4000 j.m./0,4 ml	6 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990072453	2022-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropoezę	648,00	680,40	680,40	B.37.	bezpłatny	0 zł
155	Epoprostenolum	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 0,5 mg	1 fiol.	05909991089085	2020-11-01	3 lata	1130.0, Epoprostenol	94,28	98,99	98,99	B.31.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
156	Epoprostenolum	Veletri, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1,5 mg	1 fiol.	05909991089092	2020-11-01	3 lata	1130.0, Epoprostenol	282,85	296,99	296,99	B.31.	bezpłatny	0 zł
157	Etanerceptum	Benepali, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strzyk. 0,51 ml	08809593170983	2019-05-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1137,24	1194,10	1077,30	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
158	Etanerceptum	Benepali, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg	4 amp.-wstrz.po 1 ml	08809593170969	2019-05-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2274,48	2388,20	2154,60	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
159	Etanerceptum	Benepali, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg	4 wstrz.po 1 ml	08809593170976	2019-05-01	3 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2274,48	2388,20	2154,60	B.33.; B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
160	Etanerceptum	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań do stosowania u dzieci, 10 mg/ml	4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików	05909990880881	2019-09-01	3 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	550,80	578,34	578,34	B.33.	bezpłatny	0 zł
161	Etanerceptum	Enbrel, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 25 mg/ml	4 fiol. + 4 amp.-strz.+ 4 igły + 4 nasadki na fiol. + 8 gazików	05909990777938	<1><2><3>2019-09-01/<4>2021-11-01/<5>2021-01-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1050.21, blokery TNF - etanercept - 2	1377,00	1445,85	1445,85	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
162	Etanerceptum	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg	4 amp.-strz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem	05909990618255	<1><2><3>2019-07-01/<4>2021-11-01/<5>2020-09-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2754,00	2891,70	2154,60	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
163	Etanerceptum	Enbrel, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 50 mg	4 wstrz.po 1 ml + 4 gaziki z alkoholem	05909990712755	<1><2><3>2019-07-01/<4>2021-11-01/<5>2020-09-01	<1><2><3><4>3 lata/<5>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2754,00	2891,70	2154,60	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.47.; <5>B.82.	bezpłatny	0 zł
164	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 25 mg	4 amp.-strzyk. 0,5 ml	09002260025770	<1><2>2020-11-01/<3>2021-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	1026,00	1077,30	1077,30	<1>B.33.; B.35.; B.36.; <2>B.47.; <3>B.82.	bezpłatny	0 zł
165	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 amp.-strzyk.	09002260025794	<1><2>2020-11-01/<3>2021-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2052,00	2154,60	2154,60	<1>B.33.; B.35.; B.36.; <2>B.47.; <3>B.82.	bezpłatny	0 zł
166	Etanerceptum	Erelzi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	4 wstrzykiwacze 1 ml	09002260025787	<1><2>2020-11-01/<3>2021-01-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1050.2, blokery TNF - etanercept	2052,00	2154,60	2154,60	<1>B.33.; B.35.; B.36.; <2>B.47.; <3>B.82.	bezpłatny	0 zł
167	Everolimusum	Afinitor, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990711598	<1>2019-07-01/<2>2020-11-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	14580,00	15309,00	8505,00	<1>B.10.; <2>B.53.	bezpłatny	0 zł
168	Everolimusum	Afinitor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990711567	<1>2019-07-01/<2>2020-11-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	10476,00	10999,80	4252,50	<1>B.10.; <2>B.53.	bezpłatny	0 zł
169	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991383596	2019-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	8100,00	8505,00	8505,00	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
170	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909991383480	2019-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	2025,00	2126,25	2126,25	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
171	Everolimusum	Everolimus Accord, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991383565	2019-03-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	4050,00	4252,50	4252,50	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
172	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991372538	2019-05-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	4903,20	5148,36	5148,36	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
173	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991372545	2019-05-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	14709,60	15445,08	15445,08	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
174	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991372514	2019-05-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	2451,60	2574,18	2574,18	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
175	Everolimusum	Everolimus Stada, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991372521	2019-05-01	3 lata	1086.0, Ewerolimus	7354,80	7722,54	7722,54	B.10.; B.53.	bezpłatny	0 zł
176	Everolimusum	Votubia, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990900602	2021-05-01	2 lata 4 miesiące	1086.1, Ewerolimus - 2	14580,00	15309,00	15309,00	B.89.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
177	Everolimusum	Votubia, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990900565	2021-05-01	2 lata 4 miesiące	1086.1, Ewerolimus - 2	5238,00	5499,90	5499,90	B.89.	bezpłatny	0 zł
178	Everolimusum	Votubia, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990900589	2021-05-01	2 lata 4 miesiące	1086.1, Ewerolimus - 2	10476,00	10999,80	10999,80	B.89.	bezpłatny	0 zł
179	Evolocumabum	Repatha, roztwór do wstrzykiwań, 140 mg	2 wstrzykiwacze	05909991224370	2020-11-01	2 lata	1198.0, Ewolokumab	1700,14	1785,15	1785,15	B.101.	bezpłatny	0 zł
180	Factor IX coagulationis humanus	Immunine 1200 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1200 j.m.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990645220	2019-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1902,96	1998,11	1998,11	B.15.	bezpłatny	0 zł
181	Factor IX coagulationis humanus	Immunine 600 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 600 j.m.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990643110	2019-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	951,48	999,05	999,05	B.15.	bezpłatny	0 zł
182	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 1000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.	05909990799374	2019-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	1846,80	1939,14	1939,14	B.15.	bezpłatny	0 zł
183	Factor IX coagulationis humanus	Octanine F 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol.	05909990799367	2019-07-01	3 lata	1091.2, Factor IX coagulationis humanus	923,40	969,57	969,57	B.15.	bezpłatny	0 zł
184	Factor VIII coagulationis humanus	Beriate 1000, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 1000 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 10 ml	05909991213695	2019-11-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1846,80	1939,14	1494,61	B.15.	bezpłatny	0 zł
185	Factor VIII coagulationis humanus	Beriate 500, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 500 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml	05909991213688	2019-11-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	923,40	969,57	747,31	B.15.	bezpłatny	0 zł
186	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 1000 IU FVIII/750 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./fiol.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990573615	2019-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1423,44	1494,61	1494,61	B.15.	bezpłatny	0 zł
187	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 250 IU FVIII/190 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./fiol.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990573554	2019-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	355,86	373,65	373,65	B.15.	bezpłatny	0 zł
188	Factor VIII coagulationis humanus	Immunate 500 IU FVIII/375 IU VWF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./fiol.	1 zestaw: fiol. proszku + fiol. rozp. + zestaw do przenoszenia lub filtrowania + strzykawka + igła + zestaw do infuzji	05909990573561	2019-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	711,72	747,31	747,31	B.15.	bezpłatny	0 zł
189	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 1 000 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. (1000 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825349	2019-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	1846,80	1939,14	1494,61	B.15.	bezpłatny	0 zł
190	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 250 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. (250 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825301	2019-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	461,70	484,79	373,65	B.15.	bezpłatny	0 zł
191	Factor VIII coagulationis humanus	Octanate 500 IU, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. (500 j.m.) + zestaw do sporządzania roztworu i podania	05909990825332	2019-07-01	3 lata	1090.2, Factor VIII coagulationis humanus	923,40	969,57	747,31	B.15.	bezpłatny	0 zł
192	Fingolimodum	Gilenya, kaps. twarde, 0,5 mg	28 kaps.	05909990856480	2020-03-01	2 lata	1105.0, Fingolimod	6789,42	7128,89	7128,89	B.46.	bezpłatny	0 zł
193	Givosiranum	Givlaari, roztwór do wstrzykiwań, 189 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	08720165814046	2022-01-01	2 lata	1237.0, Givosyran	171952,93	180550,58	180550,58	B.128.FM.	bezpłatny	0 zł
194	Glatirameri acetat	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	28 amp-strzyk.	05909990017065	2020-09-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetat	3240,00	3402,00	2447,17	B.29.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
195	Glatirameri acetat	Copaxone, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/ml	12 amp.-strz.po 1 ml	05909991216382	2019-11-01	3 lata	1061.0, Glatirameri acetat	3510,00	3685,50	2097,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
196	Glatirameri acetat	Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	28 amp.-strz. po 1 ml	05909991282882	2020-11-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetat	2330,64	2447,17	2447,17	B.29.	bezpłatny	0 zł
197	Glatirameri acetat	Remurel, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 40 mg/ml	12 amp.-strz.po 1 ml	05909991353926	2020-09-01	2 lata	1061.0, Glatirameri acetat	1998,00	2097,90	2097,57	B.29.	bezpłatny	0 zł
198	Glecaprevirum + Pibrentasvirum	Maviret, tabl. powł., 100+40 mg	84 szt.	08054083015927	2020-09-01	2 lata	1179.0, Glecaprevir + Pibrentasvir	53222,40	55883,52	55883,52	B.71.	bezpłatny	0 zł
199	Golimumabum	Simponi, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg	1 wstrzykiwacz	05909990717187	2019-09-01	3 lata	1050.4, blokery TNF - golimumab	2772,63	2911,26	2911,26	B.33.; B.35.; B.36.	bezpłatny	0 zł
200	Guselkumabum	Tremfya, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 amp.-strzyk.po 1 ml	05413868113006	2020-09-01	2 lata	1212.0, Guselkumab	9720,00	10206,00	10206,00	B.47.	bezpłatny	0 zł
201	Ibrutinibum	Imbruvica, kapsułki twarde, 140 mg	90 szt.	05909991195137	2021-01-01	2 lata	1166.0, Ibrutinib	23328,00	24494,40	24494,40	B.92.	bezpłatny	0 zł
202	Idursulfasum	Elaprase, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 3 ml	05909990053742	2020-01-01	3 lata	1062.0, Idursulfase	10464,31	10987,53	10987,53	B.25.	bezpłatny	0 zł
203	Iloprostum	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 20 µg/ml	42 amp. 1 ml	05908229300633	2022-01-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1801,25	1891,31	1891,31	B.31.	bezpłatny	0 zł
204	Iloprostum	Ventavis, roztwór do inhalacji z nebulizatora, 10 µg/ml	30 amp.po 1 ml	05909990609079	2019-07-01	3 lata	1063.0, Iloprost	1350,00	1417,50	1417,50	B.31.	bezpłatny	0 zł
205	Imatinibum	Glivec, tabl. powł., 100 mg	120 szt.	05909990010356	2021-09-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	4761,90	5000,00	623,70	B.3.	bezpłatny	0 zł
206	Imatinibum	Glivec, tabl. powł., 400 mg	90 szt.	05909990010349	2021-07-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	14285,71	15000,00	1871,10	B.3.	bezpłatny	0 zł
207	Imatinibum	Meaxin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991053895	<1><2>2021-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	302,40	317,52	311,85	<4>B.3.	bezpłatny	0 zł
208	Imatinibum	Meaxin, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991053963	<1><2>2021-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	604,80	635,04	623,70	<4>B.3.	bezpłatny	0 zł
209	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	05909991051181	<1><2>2021-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	297,00	311,85	311,85	<4>B.3.	bezpłatny	0 zł
210	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 400 mg	30 szt.	05909991051259	<1><2>2021-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	594,00	623,70	623,70	<4>B.3.	bezpłatny	0 zł
211	Imiglucerasum	Cerezyme, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol.	05909990943012	2019-07-01	3 lata	1065.0, Imiglucerasum	5797,75	6087,64	6087,64	B.23.	bezpłatny	0 zł
212	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990797868	<1>2022-01-01/<2><3>2019-05-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	810,00	850,50	850,50	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
213	Immunoglobulinum humanum	Flebogamma DIF, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909990797875	<1>2019-07-01/<2><3>2019-05-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1620,00	1701,00	1701,00	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
214	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990869572	<1>2022-01-01/<2>2019-07-01/<3>2020-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	410,40	430,92	429,55	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
215	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990869657	<1>2022-01-01/<2>2019-07-01/<3>2020-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	820,80	861,84	859,09	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
216	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990869541	<1>2022-01-01/<2>2019-07-01/<3>2020-09-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	205,20	215,46	214,77	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
217	Immunoglobulinum humanum	Hizentra, roztwór do wstrzykiwań, 0,2 g/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991067380	<1>2019-07-01/<2>2020-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2538,00	2664,90	2147,73	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
218	Immunoglobulinum humanum	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 400 ml	05909991078676	<1>2021-11-01/<2>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	9720,00	10206,00	10206,00	<1>B.62.; <2>B.67.	bezpłatny	0 zł
219	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909991292898	<1>2017-11-01/<2>2020-11-01	<1>5 lat/<2>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	561,60	589,68	429,55	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
220	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991292874	<1>2017-11-01/<2>2020-11-01	<1>5 lat/<2>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1123,20	1179,36	859,09	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
221	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991292904	<1>2017-11-01/<2>2020-11-01	<1>5 lat/<2>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	2246,40	2358,72	1718,18	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
222	Immunoglobulinum humanum normale	Cuvitru, roztwór do wstrzykiwań, 200 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991292881	<1>2017-11-01/<2>2020-11-01	<1>5 lat/<2>3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	280,80	294,84	214,77	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
223	Immunoglobulinum humanum normale	Gammanorm, roztwór do wstrzykiwań, 165 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990729883	2019-11-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	337,50	354,38	354,38	B.62.	bezpłatny	0 zł
224	Immunoglobulinum humanum normale	Gammanorm, roztwór do wstrzykiwań, 165 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990729944	<1>2019-11-01/<2>2019-03-01	3 lata	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	675,00	708,75	708,75	<1>B.17.; <2>B.62.	bezpłatny	0 zł
225	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991072896	2020-09-01	2 lata 8 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	3240,00	3402,00	2147,73	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
226	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909991072902	2020-09-01	2 lata 8 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	6480,00	6804,00	4295,45	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
227	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991072872	2020-09-01	2 lata 8 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	810,00	850,50	536,93	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
228	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 300 ml	05909991072926	2020-09-01	2 lata 8 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	9720,00	10206,00	6443,18	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
229	Immunoglobulinum humanum normale	HyQvia, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991072889	2020-09-01	2 lata 8 miesięcy	1066.1, Immunoglobulinum humanum subcutaneum	1620,00	1701,00	1073,86	B.17.; B.62.	bezpłatny	0 zł
230	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05909990425143	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	243,00	255,15	255,15	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
231	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 100 ml	05909990425174	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2430,00	2551,50	2551,50	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
232	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 200 ml	05909990425181	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	4860,00	5103,00	5103,00	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
233	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 25 ml	05909990425150	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	607,50	637,88	637,88	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
234	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 300 ml	05909990782208	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	7290,00	7654,50	7654,50	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
235	Immunoglobulinum humanum normale	Kiovig, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05909990425167	<1>2022-01-01/<2>2021-09-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1215,00	1275,75	1275,75	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
236	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990725793	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2430,00	2551,50	2551,50	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
237	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 200 ml	05909990725809	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	4860,00	5103,00	5103,00	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
238	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990725823	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	607,50	637,88	637,88	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
239	Immunoglobulinum humanum normale (IgG)	Privigen, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990725786	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1215,00	1275,75	1275,75	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
240	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 100 ml + zest. do infuzji	05909990049875	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1215,00	1275,75	1275,75	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
241	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 200 ml + zest. do infuzji	05909990049882	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2430,00	2551,50	2551,50	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
242	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Ig VENA, roztwór do infuzji, 50 g/l	1 fiol.po 50 ml + zest. do infuzji	05909990049851	<1>2022-01-01/<2>2021-11-01/<3>2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	607,50	637,88	637,88	<1>B.17.; <2>B.62.; <3>B.67.	bezpłatny	0 zł
243	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam, roztwór do infuzji, 10 g/200 ml	1 but.po 200 ml	05909990762712	2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2007,12	2107,48	2107,48	B.67.	bezpłatny	0 zł
244	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam, roztwór do infuzji, 2,5 g/50 ml	1 but.po 50 ml	05909990762514	2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	501,78	526,87	526,87	B.67.	bezpłatny	0 zł
245	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam, roztwór do infuzji, 5 g/100 ml	1 but.po 100 ml	05909990762613	2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1003,56	1053,74	1053,74	B.67.	bezpłatny	0 zł
246	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 but.po 100 ml	05909990763887	2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	2007,12	2107,48	2107,48	B.67.	bezpłatny	0 zł
247	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 but.po 20 ml	05909990763863	2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	401,43	421,50	421,50	B.67.	bezpłatny	0 zł
248	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 but.po 200 ml	05909990763894	2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	4014,23	4214,94	4214,94	B.67.	bezpłatny	0 zł



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
249	Immunoglobulinum humanum normale ad usum intravenosum	Octagam 10%, roztwór do infuzji, 100 mg/ml	1 but.po 50 ml	05909990763870	2019-03-01	3 lata	1066.0, Immunoglobulinum humanum	1003,56	1053,74	1053,74	B.67.	bezpłatny	0 zł
250	Infliximabum	Flixabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05713219492751	<1>2021-05-01/<2><3><4><5><6>2019-05-01	3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	939,60	986,58	782,46	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
251	Infliximabum	Remicade, proszek do sporządzania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 0,1 g	1 fiol.po 20 ml	05909990900114	<1><2><3>2019-07-01/<4>2019-03-01	3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	1436,40	1508,22	782,46	<1>B.33.; <2>B.35.; <3>B.36.; <4>B.32.	bezpłatny	0 zł
252	Infliximabum	Remsima, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991086305	<2>2019-07-01/<1><3>2021-01-01	3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	745,20	782,46	782,46	<1>B.32.; <2>B.47.; <3>B.55.	bezpłatny	0 zł
253	Infliximabum	Zessly, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	07613421020903	<1><6>2021-03-01/<2><3><4><5>2019-03-01	3 lata	1050.3, blokery TNF - infliksimab	810,00	850,50	782,46	<1>B.32.; <2>B.33.; <3>B.35.; <4>B.36.; <5>B.47.; <6>B.55.	bezpłatny	0 zł
254	Inotuzumabum ozogamicini	Besponsa, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol. proszku	05907636977193	2021-01-01	2 lata	1219.0, Inotuzumab ozogamicyny	42973,20	45121,86	45121,86	B.65.	bezpłatny	0 zł
255	Interferon beta-1b	Betaferon, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 300 µg	15 zest.	05909990619375	2020-09-01	2 lata	1024.5, Interferonum beta 1b	2674,08	2807,78	2807,78	B.29.	bezpłatny	0 zł
256	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 amp.-strz. + 4 igły	05909990008148	2020-09-01	2 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2928,68	3075,11	3075,11	B.29.	bezpłatny	0 zł
257	Interferonum beta-1a	Avonex, roztwór do wstrzykiwań, 30 µg/0,5 ml	4 wstrz.	05909991001407	2020-09-01	2 lata	1024.41, Interferonum beta 1a a 30 mcg	2928,68	3075,11	3075,11	B.29.	bezpłatny	0 zł
258	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	12 amp.-strz.a 0,5 ml	05909990874934	2020-09-01	2 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	3855,60	4048,38	4048,38	B.29.	bezpłatny	0 zł
259	Interferonum beta-1a	Rebif, roztwór do wstrzykiwań, 44 µg/0,5 ml	4 wkł.a 1,5 ml	05909990728497	2020-09-01	2 lata	1024.43, Interferonum beta 1a a 44 mcg	3855,60	4048,38	4048,38	B.29.	bezpłatny	0 zł
260	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990872442	2021-09-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	13622,90	14304,05	14304,05	B.59.	bezpłatny	0 zł
261	Ipilimumabum	Yervoy, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji (jałowy koncentrat), 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990872459	2021-09-01	2 lata	1124.0, Ipilimumab	54491,61	57216,19	57216,19	B.59.	bezpłatny	0 zł
262	Ivacaftorum	Kalydeco, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	00351167104606	2020-11-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	67176,00	70534,80	70534,80	B.112.	bezpłatny	0 zł
263	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 50 mg	56 szt.	00351167112205	2020-11-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	67176,00	70534,80	70534,80	B.112.	bezpłatny	0 zł
264	Ivacaftorum	Kalydeco, granulat w saszetce, 75 mg	56 szt.	00351167113103	2020-11-01	2 lata	1216.0, Iwakaftor	67176,00	70534,80	70534,80	B.112.	bezpłatny	0 zł
265	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 2,3 mg	3 szt.	03400930077696	2021-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	17944,20	18841,41	10833,81	B.54.	bezpłatny	0 zł
266	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 3 mg	3 szt.	03400930077719	2021-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	17944,20	18841,41	14131,06	B.54.	bezpłatny	0 zł
267	Ixazomibum	Ninlaro, kaps. twarde, 4 mg	3 szt.	03400930077726	2021-05-01	2 lata	1222.0, Iksazomib	17944,20	18841,41	18841,41	B.54.	bezpłatny	0 zł
268	Ixekezumabum	Taltz, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/ml	2 wstrzykiwacze 1 ml	05909991282950	<1>2021-01-01/<2>2020-11-01	2 lata	1184.0, Ikskezumab	9280,85	9744,89	9744,89	<1>B.35.; <2>B.47.	bezpłatny	0 zł
269	Karfilzomib	Kyprolis, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.	05909991298463	2021-05-01	2 lata	1189.0, Karfilzomib	728,28	764,69	764,69	B.54.	bezpłatny	0 zł
270	Ketoanalogi aminokwasów	Ketosteril, tabl. powł., 630 mg	100 szt.	05909990338511	2021-03-01	2 lata	1220.0, Aminokwasy, w tym mieszaniny z polipeptydami	169,70	178,19	178,19	B.113.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
271	Lamivudinum	Lamivudine Mylan, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991259907	2020-01-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	90,72	95,26	95,26	B.1.	bezpłatny	0 zł
272	Lamivudinum	Zeffix, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990479610	2022-01-01	3 lata	1067.0, Lamivudinum	107,50	112,88	95,26	B.1.	bezpłatny	0 zł
273	Lanadelumabum	Takhzyro, roztwór do wstrzykiwań, 300 mg	1 fiol.	05060147027884	2021-09-01	2 lata	1228.0, Lanadelumab	65590,56	68870,09	68870,09	B.122.	bezpłatny	0 zł
274	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powł., 250 mg	140 szt.	05909990851973	2021-05-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	6457,49	6780,36	6780,36	B.9.	bezpłatny	0 zł
275	Lapatynibum	Tyverb, tabl. powł., 250 mg	70 szt.	05909990851966	2021-05-01	2 lata	1068.0, Lapatynib	3228,75	3390,19	3390,19	B.9.	bezpłatny	0 zł
276	Laronidasum	Aldurazyme, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 j.m./ml	1 fiol.po 5 ml	05909990005673	2019-07-01	3 lata	1069.0, Laronidasum	2304,72	2419,96	2419,96	B.24.	bezpłatny	0 zł
277	L-carnitine	L-karnityna, proszek, 1 g	50 sasz.	05016533045017	2020-03-01	2 lata	1205.0, L-Karnityna	2187,87	2297,26	2297,26	B.109.	bezpłatny	0 zł
278	Ledipasvirum + Sofosbuvirum	Harvoni, tabl. powł., 90+400 mg	28 szt.	05391507141217	2019-11-01	3 lata	1135.3, Leki przeciwwirusowe - ledipaswir, sofosbuwir	56158,92	58966,87	58966,87	B.71.	bezpłatny	0 zł
279	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 10 mg	21 szt.	05909990086702	<1>2019-03-01/<2>2021-01-01	3 lata	1120.0, Lenalidomid	14276,96	14990,81	14990,81	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
280	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 15 mg	21 kaps.	05909990086764	2019-03-01	3 lata	1120.0, Lenalidomid	15059,12	15812,08	15812,08	B.54.	bezpłatny	0 zł
281	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 25 mg	21 kaps.	05909990086771	2019-03-01	3 lata	1120.0, Lenalidomid	16564,76	17393,00	17393,00	B.54.	bezpłatny	0 zł
282	Lenalidomidum	Revlimid, kaps. twarde, 5 mg	21 szt.	05909990086696	<1>2019-03-01/<2>2021-01-01	3 lata	1120.0, Lenalidomid	13616,86	14297,70	14297,70	<1>B.54.; <2>B.84.	bezpłatny	0 zł
283	Levodopum + Carbidopum	Duodopa, żel dojelitowy, 20+5 mg/ml	1 szt. (7 kasetek po 100 ml)	05909990419135	2021-05-01	3 lata	1162.0, Lewodopa, karbidopa	2773,53	2912,21	2912,21	B.90.	bezpłatny	0 zł
284	Levofloxacinum	Quinsair, roztwór do nebulizacji, 240 mg	56 amp.	08025153003014	2021-11-01	2 lata	1234.0, Lewofloksacyna	10746,00	11283,30	11283,30	B.27.	bezpłatny	0 zł
285	Lonococog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326111	2020-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2268,00	2381,40	2381,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
286	Lonococog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326128	2020-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3402,00	3572,10	3572,10	B.15.	bezpłatny	0 zł
287	Lonococog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326135	2020-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4536,00	4762,80	4762,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
288	Lonococog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326098	2020-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	567,00	595,35	595,35	B.15.	bezpłatny	0 zł
289	Lonococog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326142	2020-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	5670,00	5953,50	5953,50	B.15.	bezpłatny	0 zł
290	Lonococog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326159	2020-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	6804,00	7144,20	7144,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
291	Lonococog alfa	Afstyla, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. proszku + 1 fiol rozp. + zestaw do podawania	05909991326104	2020-09-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1134,00	1190,70	1190,70	B.15.	bezpłatny	0 zł
292	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05415062343531	2021-07-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	21747,53	22834,91	22834,91	B.6.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
293	Lorlatinibum	Lorviqua, tabl. powł., 25 mg	90 szt.	05415062348147	2021-07-01	2 lata	1225.0, Lorlatynib	16310,65	17126,18	17126,18	B.6.	bezpłatny	0 zł
294	Macytentan	Opsumit, tabl. powł., 10 mg	30 tabl.	07640111931133	2019-09-01	3 lata	1139.0, Macytentan	10277,90	10791,80	10791,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
295	Mecaserminum	Increlex, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990076024	2020-09-01	3 lata	1071.0, Mecasermine	2664,93	2798,18	2798,18	B.20.	bezpłatny	0 zł
296	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampulko-strzykawka	05909991407148	2021-11-01	3 lata	1167.0, Mepolizumab	4212,00	4422,60	4422,60	B.44.	bezpłatny	0 zł
297	Mepolizumabum	Nucala, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol. proszku	05909991246617	2021-11-01	3 lata	1167.0, Mepolizumab	4212,00	4422,60	4422,60	B.44.	bezpłatny	0 zł
298	Mepolizumabum	Nucala, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 wstrzykiwacz	05909991407018	2021-11-01	3 lata	1167.0, Mepolizumab	4212,00	4422,60	4422,60	B.44.	bezpłatny	0 zł
299	Mercaptaminu bitartras	Cystagon, kaps. twarde, 150 mg	100 szt.	05909990213689	2021-09-01	2 lata	1084.1, Cysteamina	978,48	1027,40	1027,40	B.61.	bezpłatny	0 zł
300	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	112 szt.	05909991341527	2021-05-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	56190,48	59000,00	59000,00	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
301	Midostaurinum	Rydapt, kaps. miękkie, 25 mg	56 szt.	05909991353995	2021-05-01	2 lata	1221.0, Midostauryna	28095,24	29500,00	29500,00	B.114.; B.115.	bezpłatny	0 zł
302	Migalastatum	Galafold, kaps. twarde, 123 mg	14 szt.	05909991390273	2020-11-01	2 lata	1215.0, Migalastatum	64570,89	67799,43	67799,43	B.104.	bezpłatny	0 zł
303	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m. (250 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990819515	2021-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2592,00	2721,60	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
304	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m. (500 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990010554	2021-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	5184,00	5443,20	5443,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
305	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m. (62,5 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990819317	2021-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	648,00	680,40	680,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
306	Moroctocogum alfa	ReFacto AF, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m. (125 j.m./ml)	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909990819416	2021-11-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1296,00	1360,80	1360,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
307	Natalizumabum	Tysabri, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol.po 15 ml	05909990084333	2020-09-01	2 lata	1116.0, Natalizumab	6156,00	6463,80	6463,80	B.46.	bezpłatny	0 zł
308	Nilotinibum	Tasigna, kaps. twarde, 200 mg	112 szt.	05909990073535	2020-11-01	3 lata	1072.0, Nilotynib	10588,46	11117,88	11117,88	B.14.	bezpłatny	0 zł
309	Nintedanibum	Ofev, kapsułki miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991206444	2020-03-01	2 lata	1173.0, Nintedanib	5238,00	5499,90	5499,90	B.87.	bezpłatny	0 zł
310	Nintedanibum	Ofev, kapsułki miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991206468	2020-03-01	2 lata	1173.0, Nintedanib	9288,00	9752,40	9752,40	B.87.	bezpłatny	0 zł
311	Nintedanibum	Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg	120 szt.	05909991203894	2020-09-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	9743,12	10230,28	10230,28	B.6.	bezpłatny	0 zł
312	Nintedanibum	Vargatef, kapsułki miękkie, 100 mg	60 szt.	05909991203887	2020-09-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	6192,00	6501,60	6501,60	B.6.	bezpłatny	0 zł
313	Nintedanibum	Vargatef, kapsułki miękkie, 150 mg	60 szt.	05909991203900	2020-09-01	2 lata	1178.0, Nintedanib - 2	9288,00	9752,40	9752,40	B.6.	bezpłatny	0 zł
314	Niraparibum	Zejula, kaps. twarde, 100 mg	56 szt.	05909991425487	2022-01-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	21119,63	22175,61	22175,61	B.50.	bezpłatny	0 zł
315	Niraparibum	Zejula, kaps. twarde, 100 mg	84 szt.	05909991425494	2022-01-01	2 lata	1236.0, Niraparyb	31679,45	33263,42	33263,42	B.50.	bezpłatny	0 zł
316	Nitisinonum	Nitisinone MDK, kaps. twarde, 10 mg	60 szt.	05909991358334	2020-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynn	5212,35	5472,97	5472,95	B.76.	bezpłatny	0 zł
317	Nitisinonum	Nitisinone MDK, kaps. twarde, 2 mg	60 szt.	05909991358310	2020-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynn	1042,47	1094,59	1094,59	B.76.	bezpłatny	0 zł
318	Nitisinonum	Nitisinone MDK, kaps. twarde, 5 mg	60 szt.	05909991358327	2020-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynn	2606,18	2736,49	2736,48	B.76.	bezpłatny	0 zł
319	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg	60 kaps.	05909990214778	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynn	6318,00	6633,90	5472,95	B.76.	bezpłatny	0 zł
320	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 10 mg	60 kaps.	07350031442182	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynn	6318,00	6633,90	5472,95	B.76.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
321	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg	60 kaps.	05909990214754	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynn	1263,60	1326,78	1094,59	B.76.	bezpłatny	0 zł
322	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 2 mg	60 kaps.	07350031442267	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynn	1263,60	1326,78	1094,59	B.76.	bezpłatny	0 zł
323	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg	60 kaps.	05909991218133	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynn	12636,00	13267,80	10945,90	B.76.	bezpłatny	0 zł
324	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 20 mg	60 kaps.	07350031441833	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynn	12636,00	13267,80	10945,90	B.76.	bezpłatny	0 zł
325	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg	60 kaps.	05909990214761	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynn	3159,00	3316,95	2736,48	B.76.	bezpłatny	0 zł
326	Nitisinonum	Orfadin, kaps. twarde, 5 mg	60 kaps.	07350031442229	2019-11-01	3 lata	1140.0, Nityzynn	3159,00	3316,95	2736,48	B.76.	bezpłatny	0 zł
327	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991220518	<1><2><3><4><5>2020-09-01/<3><4>2021-09-01	2 lata	1144.0, Niwolumab	6388,86	6708,30	6708,30	<1>B.6.; <2>B.10.; <3>B.52.; <4>B.59.; <5>B.100.	bezpłatny	0 zł
328	Nivolumabum	Opdivo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909991220501	<1><2><3><4><5>2020-09-01/<3><4>2021-09-01	2 lata	1144.0, Niwolumab	2555,54	2683,32	2683,32	<1>B.6.; <2>B.10.; <3>B.52.; <4>B.59.; <5>B.100.	bezpłatny	0 zł
329	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057207	2019-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	2669,76	2803,25	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
330	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057221	2019-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	5339,52	5606,50	5443,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
331	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057184	2019-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	667,44	700,81	680,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
332	Nonacog alfa	BeneFIX, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz. + 1 zestaw	05909990057191	2019-07-01	3 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	1334,88	1401,62	1360,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
333	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210120	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	2592,00	2721,60	2721,60	B.15.	bezpłatny	0 zł
334	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210137	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	5184,00	5443,20	5443,20	B.15.	bezpłatny	0 zł
335	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210090	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	648,00	680,40	680,40	B.15.	bezpłatny	0 zł
336	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210144	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	7776,00	8164,80	8164,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
337	Nonacogum gamma (rDNA)	Rixubis, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m./5 ml	1 fiol. proszku + 1 fiol. rozp. 5 ml	05909991210106	2021-09-01	2 lata	1091.1, Factor IX coagulationis humanus recombinante	1296,00	1360,80	1360,80	B.15.	bezpłatny	0 zł
338	Nusinersenum	Spinraza, roztwór do wstrzykiwań, 12 mg	1 fiol. 5 ml	05713219500975	2021-01-01	2 lata	1185.0, Nusinersen	325080,00	341334,00	341334,00	B.102.	bezpłatny	0 zł
339	Obinutuzumabum	Gazyvaro, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 40 ml	05902768001105	<1>2022-01-01/<2>2020-09-01	<1>2 lata/<2>>3 lata	1148.0, Obinutuzumab	11502,00	12077,10	12077,10	<1>B.12.; <2>B.79.	bezpłatny	0 zł
340	Ocrelizumabum	Ocrevus, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg/ml	10 ml	05902768001174	2021-11-01	2 lata	1201.0, Okrelizumab	22499,64	23624,62	23624,62	B.46.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
341	Octocog alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol.z prosz. + 1 fiol.z rozp.po 5 ml	05909990224340	2019-07-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3067,20	3220,56	2800,98	B.15.	bezpłatny	0 zł
342	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224357	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	4001,40	4201,47	4201,47	B.15.	bezpłatny	0 zł
343	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697441	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	5335,20	5601,96	5601,96	B.15.	bezpłatny	0 zł
344	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224302	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	666,90	700,25	700,25	B.15.	bezpłatny	0 zł
345	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990697458	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	8002,80	8402,94	8402,94	B.15.	bezpłatny	0 zł
346	Octocogum alfa	Advate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. z proszkiem + 1 fiol. z rozpuszczalnikiem po 5 ml	05909990224333	2022-01-01	2 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1333,80	1400,49	1400,49	B.15.	bezpłatny	0 zł
347	Olaparibum	Lynparza, tabl. powł., 100 mg	56 szt.	05000456031325	2021-05-01	2 lata	1149.0, Olaparyb	10586,16	11115,47	11115,47	B.50.	bezpłatny	0 zł
348	Olaparibum	Lynparza, tabl. powł., 150 mg	56 szt.	05000456031318	2021-05-01	2 lata	1149.0, Olaparyb	10586,16	11115,47	11115,47	B.50.	bezpłatny	0 zł
349	Olaparibum	Lynparza, kaps. twarde, 50 mg	448 szt.	05902135480052	2020-09-01	3 lata	1149.0, Olaparyb	21172,32	22230,94	22230,94	B.50.	bezpłatny	0 zł
350	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg	1 amp.-strzyk. 1 ml	05909990708406	2022-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	1332,06	1398,66	1398,66	B.44.; B.107.	bezpłatny	0 zł
351	Omalizumabum	Xolair, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg	1 amp.-strzyk. 0,5 ml	05909990708376	2022-01-01	2 lata	1102.0, Omalizumabum	666,03	699,33	699,33	B.44.	bezpłatny	0 zł
352	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05000456012058	2021-01-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	24840,00	26082,00	13041,00	B.6.	bezpłatny	0 zł
353	Osimertinibum	Tagrisso, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05000456012065	2021-01-01	2 lata	1169.0, Ozymertynib	24840,00	26082,00	26082,00	B.6.	bezpłatny	0 zł
354	Paclitaxelum albuminatum	Abraxane, proszek do sporządzania zawiesiny do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 100 mg	05909990930265	2021-01-01	3 lata	1032.1, Paclitaxelum albuminatum	930,85	977,39	977,39	B.85.	bezpłatny	0 zł
355	Palbociclibum	Ibrance, kapsułki twarde, 100 mg	21 szt.	05907636977087	2021-09-01	2 lata	1194.0, Palbocykliib	9666,00	10149,30	8119,44	B.9.	bezpłatny	0 zł
356	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powł., 100 mg	21 szt.	05415062353684	2021-09-01	2 lata	1194.0, Palbocykliib	9666,00	10149,30	8119,44	B.9.	bezpłatny	0 zł
357	Palbociclibum	Ibrance, kapsułki twarde, 125 mg	21 szt.	05907636977094	2021-09-01	2 lata	1194.0, Palbocykliib	9666,00	10149,30	10149,30	B.9.	bezpłatny	0 zł
358	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powł., 125 mg	21 szt.	05415062353691	2021-09-01	2 lata	1194.0, Palbocykliib	9666,00	10149,30	10149,30	B.9.	bezpłatny	0 zł
359	Palbociclibum	Ibrance, kapsułki twarde, 75 mg	21 szt.	05907636977070	2021-09-01	2 lata	1194.0, Palbocykliib	9666,00	10149,30	6089,58	B.9.	bezpłatny	0 zł
360	Palbociclibum	Ibrance, tabl. powł., 75 mg	21 szt.	05415062353677	2021-09-01	2 lata	1194.0, Palbocykliib	9666,00	10149,30	6089,58	B.9.	bezpłatny	0 zł
361	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	0,5 ml	05000456067720	2021-09-01	3 lata	1073.0, Palivizumab	1585,71	1665,00	1665,00	B.40.	bezpłatny	0 zł
362	Palivizumabum	Synagis, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	1 ml	05000456067713	2021-09-01	3 lata	1073.0, Palivizumab	3171,42	3329,99	3329,99	B.40.	bezpłatny	0 zł
363	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990646555	2020-11-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	5184,00	5443,20	5443,20	B.4.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
364	Panitumumabum	Vectibix, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fioł.po 5 ml	05909990646531	2020-11-01	2 lata	1096.0, Leki p-nowotworowe, przeciwciała monoklonalne - panitumumab	1296,00	1360,80	1360,80	B.4.	bezpłatny	0 zł
365	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fioł.	05909990942022	2021-01-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	63,18	66,34	66,34	B.69.	bezpłatny	0 zł
366	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 2 µg/ml	5 fioł.a 1 ml	04046241091243	2021-01-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	63,18	66,34	66,34	B.69.	bezpłatny	0 zł
367	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fioł. a 1 ml	05909990942060	2021-03-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	157,95	165,85	165,85	B.69.	bezpłatny	0 zł
368	Paricalcitolum	Paricalcitol Fresenius, roztwór do wstrzykiwań, 5 µg/ml	5 fioł.a 1 ml	04046241079906	2021-01-01	3 lata	1131.0, Parykalcytol	157,95	165,85	165,85	B.69.	bezpłatny	0 zł
369	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fioł. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiołki	07613421022365	2021-07-01	8 miesięcy	1174.0, Pasyreotyd	10024,56	10525,79	10525,79	B.118.	bezpłatny	0 zł
370	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fioł. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiołki	05909991200305	<1>2020-09-01/<2>2021-07-01	<1>1 rok 6 miesięcy/<2>8 miesięcy	1174.0, Pasyreotyd	10024,56	10525,79	10525,79	<1>B.99.; <2>B.118.	bezpłatny	0 zł
371	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fioł. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiołki	07613421022372	2021-07-01	8 miesięcy	1174.0, Pasyreotyd	10404,72	10924,96	10924,96	B.118.	bezpłatny	0 zł
372	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 40 mg	1 fioł. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiołki	05909991200312	<1>2020-09-01/<2>2021-07-01	<1>1 rok 6 miesięcy/<2>8 miesięcy	1174.0, Pasyreotyd	10404,72	10924,96	10924,96	<1>B.99.; <2>B.118.	bezpłatny	0 zł
373	Pasireotidum	Signifor, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 60 mg	1 fioł. proszku + 1 amp.-strzyk. 2 ml rozp. + 1 igła + 1 łącznik fiołki	05909991200336	2020-09-01	1 rok 6 miesięcy	1174.0, Pasyreotyd	10864,80	11408,04	11408,04	B.99.	bezpłatny	0 zł
374	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990764877	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	2235,60	2347,38	2347,38	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
375	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 200 mg	90 szt.	05909990764884	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	6706,80	7042,14	7042,14	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
376	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990764891	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	4471,20	4694,76	4694,76	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
377	Pazopanibum	Votrient, tabl. powł., 400 mg	60 szt.	05909990764907	2021-05-01	3 lata	1110.0, Pazopanib	8942,40	9389,52	9389,52	B.8.; B.10.	bezpłatny	0 zł
378	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 270 µg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990984718	<1>2019-07-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	534,79	561,53	561,53	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
379	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 360 µg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990984817	<1>2019-07-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	707,99	743,39	743,39	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
380	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	<1>2021-03-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	348,32	365,74	365,74	<1>B.1.	bezpłatny	0 zł
381	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 amp.-strz.po 0,5 ml	00646520442274	2020-09-01	2 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	3228,88	B.29.	bezpłatny	0 zł
382	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 125 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520442113	2020-09-01	2 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	3228,88	B.29.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
383	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg	2 amp.-strz.po 0,5 ml	00646520441970	2020-09-01	2 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	2027,74	B.29.	bezpłatny	0 zł
384	Peginterferonum beta-1a	Plegridy, roztwór do wstrzykiwań, 63 µg; 94 µg	2 wstrz.po 0,5 ml	00646520437201	2020-09-01	2 lata	1074.3, Peginterferonum beta-1a	3075,12	3228,88	2027,74	B.29.	bezpłatny	0 zł
385	Pegvisomant	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 10 mg	30 amp.-strzyk.	05909990006281	2020-03-01	2 lata	1203.0, Pegvisomant	8316,00	8731,80	8731,80	B.99.	bezpłatny	0 zł
386	Pegvisomant	Somavert, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15 mg	30 amp.-strzyk.	05909990006298	2020-03-01	2 lata	1203.0, Pegvisomant	12474,00	13097,70	13097,70	B.99.	bezpłatny	0 zł
387	Pembrolizumabum	Keytruda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05901549325126	2021-01-01	2 lata	1143.0, Pembrolizumab	14082,64	14786,77	14786,77	B.6.; B.59.	bezpłatny	0 zł
388	Pertuzumabum	Perjeta, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol.	05902768001006	2021-09-01	2 lata	1147.0, Pertuzumab	11016,00	11566,80	11566,80	B.9.	bezpłatny	0 zł
389	Pirfenidonum	Esbriet, tabl. powł., 267 mg	252 szt.	05902768001181	2021-03-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	6966,00	7314,30	7314,30	B.87.	bezpłatny	0 zł
390	Pirfenidonum	Esbriet, tabl. powł., 267 mg	63 szt.	05902768001198	2021-03-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	1741,50	1828,58	1828,58	B.87.	bezpłatny	0 zł
391	Pirfenidonum	Esbriet, tabl. powł., 801 mg	84 szt.	05902768001211	2021-03-01	3 lata	1156.0, Pirfenidon	6966,00	7314,30	7314,30	B.87.	bezpłatny	0 zł
392	Pixantroni dimaleas	Pixuvri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 29 mg	1 fiol.	05909991206475	2021-09-01	8 miesięcy	1165.0, Piksantron	1779,35	1868,32	1868,32	B.93.	bezpłatny	0 zł
393	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 1 mg	21 szt.	05909991185589	2020-11-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
394	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 2 mg	21 szt.	05909991185596	2020-11-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
395	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 3 mg	21 szt.	05909991185602	2020-11-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
396	Pomalidomidum	Imnovid, kaps. twarda, 4 mg	21 szt.	05909991185619	2020-11-01	2 lata	1182.0, Pomalidomid	37074,24	38927,95	38927,95	B.54.	bezpłatny	0 zł
397	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powł., 15 mg	60 szt.	07640159433613	2020-09-01	2 lata	1207.0, Ponatynib	25165,58	26423,86	26423,86	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
398	Ponatinibum	Iclusig, tabl. powł., 45 mg	30 szt.	07640159433637	2020-09-01	2 lata	1207.0, Ponatynib	25165,58	26423,86	26423,86	B.14.; B.65.	bezpłatny	0 zł
399	Radium dichloridum Ra223	Xofigo, roztwór do wstrzykiwań, 1100 kBq/mL	1 fiol. 6 ml	05908229300176	2021-11-01	3 lata	1170.0, Dichlorek radu Ra-223	18662,40	19595,52	19595,52	B.56.	bezpłatny	0 zł
400	Ranibizumab	Lucentis, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. a 0,23 ml	05909990000005	<1>2020-01-01/<2>2021-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1134.0, Ranibizumab	3133,41	3290,08	3290,08	<1>B.70.; <2>B.120.	bezpłatny	0 zł
401	Ribavirinum	Rebetol, kaps. twarde, 200 mg	140 szt.	05909990999828	2019-07-01	3 lata	1075.0, Ribavirinum	1577,26	1656,12	1656,12	B.71.	bezpłatny	0 zł
402	Ribociclibum	Kisqali, tabl. powł., 200 mg	63 szt.	05909991336769	2020-09-01	2 lata	1195.0, Rybocyklib	10267,32	10780,69	10780,69	B.9.	bezpłatny	0 zł
403	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 0,5 mg	42 szt.	05908229300305	<1>2019-09-01/<2>2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.74.; <2>B.31.	bezpłatny	0 zł
404	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 1 mg	42 szt.	05908229300336	<1>2019-09-01/<2>2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.74.; <2>B.31.	bezpłatny	0 zł
405	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 1,5 mg	42 szt.	05908229300367	<1>2019-09-01/<2>2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.74.; <2>B.31.	bezpłatny	0 zł
406	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 2 mg	42 szt.	05908229300398	<1>2019-09-01/<2>2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.74.; <2>B.31.	bezpłatny	0 zł
407	Riociguatum	Adempas, tabl. powł., 2,5 mg	42 szt.	05908229300428	<1>2019-09-01/<2>2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1138.0, Riocyguat	5431,32	5702,89	5702,89	<1>B.74.; <2>B.31.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
408	Risankizumabum	Skyrizi, roztwór do wstrzykiwań, 75 mg/0,83 ml	2 ampulko-strzykawki + 2 gaziki nasączone alkoholem	08054083019277	2020-09-01	2 lata	1211.0, Ryzankizumab	15309,00	16074,45	16074,45	B.47.	bezpłatny	0 zł
409	Rituximabum	Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05996537003155	2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	1151,41	1208,98	1087,51	<1>B.75.	bezpłatny	0 zł
410	Rituximabum	Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05996537002158	2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	2878,52	3022,45	2718,77	<1>B.75.	bezpłatny	0 zł
411	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909990418817	<1><3>2019-07-01/<2>2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	2444,04	2566,24	1087,51	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
412	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990418824	<1><3>2019-07-01/<2>2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	6111,72	6417,31	2718,77	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
413	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	<1>2021-11-01/<2><3>2019-11-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	1035,72	1087,51	1087,51	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
414	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1>2021-11-01/<2><3>2019-11-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	2589,30	2718,77	2718,77	<1>B.33.; <2>B.75.	bezpłatny	0 zł
415	Romiplostimum	Nplate, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 125 mcg	1 fiol. proszku	08715131018139	2020-09-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	1266,49	1329,81	1329,81	B.97.; B.98.	bezpłatny	0 zł
416	Romiplostimum	Nplate, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 mcg	1 fiol. proszku + zestaw do rozpuszczenia leku	05909990766994	2020-09-01	2 lata	1206.0, Romiplostym	2532,99	2659,64	2659,62	B.97.; B.98.	bezpłatny	0 zł
417	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 15 mg	56 szt.	05909991053789	2021-01-01	1 rok 6 miesięcy	1152.0, Ruksolitynib	17361,00	18229,05	18229,05	B.81.	bezpłatny	0 zł
418	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 20 mg	56 szt.	05909991053833	2021-01-01	1 rok 6 miesięcy	1152.0, Ruksolitynib	17361,00	18229,05	18229,05	B.81.	bezpłatny	0 zł
419	Ruxolitinibum	Jakavi, tabl., 5 mg	56 szt.	05909991053758	2021-01-01	1 rok 6 miesięcy	1152.0, Ruksolitynib	8680,50	9114,53	9114,53	B.81.	bezpłatny	0 zł
420	Sekukinumab	Cosentyx, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/ml	2 amp.-strz.; 2 wstrz.	05909991203832	2020-11-01	2 lata	1180.0, Sekukinumab	4464,99	4688,24	4688,24	B.35.; B.36.; B.47.	bezpłatny	0 zł
421	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 1000 µg	60 szt.	07640111932796	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	66960,00	70308,00	70308,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
422	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 1200 µg	60 szt.	07640111932802	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	80352,00	84369,60	84369,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
423	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 1400 µg	60 szt.	07640111932819	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	93744,00	98431,20	98431,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
424	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 1600 µg	60 szt.	07640111932826	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	107136,00	112492,80	112492,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
425	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 200 µg	140 szt.	07640111932833	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	31248,00	32810,40	32810,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
426	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 200 µg	60 szt.	07640111932758	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	13392,00	14061,60	14061,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
427	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 400 µg	60 szt.	07640111932765	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	26784,00	28123,20	28123,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
428	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 600 µg	60 szt.	07640111932772	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	40176,00	42184,80	42184,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
429	Selexipagum	Uptravi, tabl. powł., 800 µg	60 szt.	07640111932789	2021-01-01	2 lata	1217.0, Seleksypag	53568,00	56246,40	56246,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
430	Sildenafil citras	Sildenafil Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909991338015	2020-01-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	108,00	113,40	113,40	B.31.	bezpłatny	0 zł
431	Sildenafilum	Granpidam, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05055565731932	2017-09-01	5 lat	1076.0, Sildenafilum	810,00	850,50	850,50	B.31.	bezpłatny	0 zł
432	Sildenafilum	Remidia, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05903060610545	2017-07-01	5 lat	1076.0, Sildenafilum	1080,00	1134,00	1134,00	B.31.	bezpłatny	0 zł



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
433	Sildenafilum	Revatio, proszek do sporządzania zawiesiny doustnej, 10 mg/ml	1 butelka 32,27 g (112 ml zawiesiny)	05909990967780	2020-11-01	2 lata	1076.0, Sildenafilum	893,52	938,20	705,60	B.31.	bezpłatny	0 zł
434	Sildenafilum	Sildenafil Zentiva, tabletki powlekane, 20 mg	90 szt.	05909991355715	2021-05-01	3 lata	1076.0, Sildenafilum	216,00	226,80	226,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
435	Sofosbuvirum + Velpatasvirum	Epclusa, tabl. powł., 400 + 100 mg	28 szt.	05391507142108	2020-09-01	2 lata	1135.6, Leki przeciwvirusowe: sofosbuwir, velpataswir	38016,00	39916,80	39916,80	B.71.	bezpłatny	0 zł
436	Sofosbuvirum + Velpatasvirum + Voxilaprevirum	Vosevi, tabl. powł., 400 + 100 + 100 mg	28 szt.	05391507143303	2021-05-01	2 lata	1135.7, Leki przeciwvirusowe - sofosbuwir, velpataswir, woksylaprewir	52920,00	55566,00	55566,00	B.71.	bezpłatny	0 zł
437	Somatropinum	Genotropin 12, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 12 (36 j.m.) mg	5 jednorazowych, wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml	05909990887170	<1>2022-01-01/<2>2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1077.0, Somatropinum	4936,80	5183,64	5183,64	<1>B.19.; B.38.; B.41.; B.42.; <2>B.111.	bezpłatny	0 zł
438	Somatropinum	Genotropin 5,3, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 5,3 (16 j.m.) mg	5 jednorazowych wielodawkowych wstrzykiwaczy GoQuick zawierających wkład z proszkiem i rozpuszczalnikiem po 1 ml	05909990887095	<1>2022-01-01/<2>2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1077.0, Somatropinum	2180,31	2289,33	2289,33	<1>B.19.; B.38.; B.41.; B.42.; <2>B.111.	bezpłatny	0 zł
439	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/1,5 ml (30 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990072897	<1>2019-07-01/<2>2022-01-01/<3>2020-11-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1077.0, Somatropinum	3024,00	3175,20	3175,20	<1>B.19.; B.38.; B.41.; B.42.; <2>B.64.; <3>B.111.	bezpłatny	0 zł
440	Somatropinum	Omnitrope, roztwór do wstrzykiwań, 5 mg/1,5 ml (15 j.m.)	5 wkł.po 1,5 ml	05909990050161	<1>2019-07-01/<2>2022-01-01/<3>2020-11-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1077.0, Somatropinum	1512,00	1587,60	1587,60	<1>B.19.; B.38.; B.41.; B.42.; <2>B.64.; <3>B.111.	bezpłatny	0 zł
441	Sorafenib tosylate	Sorafenib Teva, tabl. powł., 200 mg	112 szt. (blister)	05909991423711	2022-01-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	2268,00	2381,40	2381,40	B.3.; B.5.; B.10.	bezpłatny	0 zł
442	Sorafenibum	Nexavar, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909990588169	<1><4>2021-07-01/<2>2017-11-01/<3>2019-07-01	<1><3>3 lata/<2>5 lat/<4>2 lata	1078.0, Sorafenib	13242,96	13905,11	3171,80	<1>B.3.; <2>B.5.; <3>B.10.; <4>B.119.	bezpłatny	0 zł
443	Sorafenibum	Sorafenib Sandoz, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	07613421047009	2021-09-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	3024,00	3175,20	3171,80	B.3.; B.5.; B.10.	bezpłatny	0 zł
444	Sorafenibum	Sorafenib Zentiva, tabl. powł., 200 mg	112 szt.	05909991440145	2021-09-01	3 lata	1078.0, Sorafenib	3020,76	3171,80	3171,80	B.3.; B.5.; B.10.	bezpłatny	0 zł
445	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 12,5 mg	28 szt.	05909990079377	<1>2021-07-01/<2>2021-09-01/<3>2019-07-01/<4>2020-11-01	3 lata	1079.0, Sunitinib	4547,23	4774,59	4774,59	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
446	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 25 mg	28 szt.	05909990079384	<1>2021-07-01/<2>2021-09-01/<3>2019-07-01/<4>2020-11-01	3 lata	1079.0, Sunitinib	9094,46	9549,18	9549,18	<1>B.3.; <2>B.8.; <3>B.10.; <4>B.53.	bezpłatny	0 zł
447	Sunitinibum	Sutent, kaps. twarde, 50 mg	28 szt.	05909990079391	<1>2021-07-01/<2>2019-07-01	3 lata	1079.0, Sunitinib	18188,93	19098,38	19098,38	<1>B.3.; <2>B.10.	bezpłatny	0 zł
448	Temsirolimusum	Torisel, koncentrat i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	1 fiol. 1,2 ml + 1 fiol. 2,2 ml rozp.	05909990080663	2020-11-01	3 lata	1150.0, Temsirolimus	2932,01	3078,61	3078,61	B.10.	bezpłatny	0 zł
449	Tenofoviri disoproxil	Ictady, tabletki powlekane, 245 mg	30 tabl.	05909991291457	<1>2019-03-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna	129,60	136,08	136,08	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
450	Tenofoviri disoproxil	Tenofovir disoproxil Zentiva, tabletki powlekane, 245 mg	30 szt.	05909991298708	<1>2021-05-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna	275,40	289,17	289,17	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
451	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Accord, tabl. powł., 245 mg	30 szt.	05909991330026	<1>2021-03-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna	324,00	340,20	340,20	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
452	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Aurovitas, tabl. powł., 245 mg	30 szt.	05909991379704	2020-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna	178,20	187,11	187,11	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
453	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir disoproxil Mylan, tabletki powlekane, 245 mg	30 tabl.	05902020926801	<1>2017-07-01/<2>2022-01-01	<1>5 lat/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna	945,00	992,25	992,25	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
454	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir Polpharma, tabl. powł., 245 mg	30 szt.	05909991335533	<1>2021-03-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna	324,00	340,20	340,20	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
455	Tenofovirum disoproxilum	Tenofovir Synoptis, tabletki powlekane, 245 mg	30 szt.	05909991374563	<1>2019-09-01/<2>2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1051.0, analogi nukleozydowe/nukleotydydowe inne niż lamiwudyna	118,80	124,74	124,74	<1>B.1.; <2>B.106.	bezpłatny	0 zł
456	Teriflunomidum	Aubagio, tabl. powł., 14 mg	28 szt.	05909991088170	2021-05-01	2 lata	1159.0, Teryflunomid	2991,60	3141,18	3141,18	B.29.	bezpłatny	0 zł
457	Tisagenlecleucelum	Kymriah, dyspersja do infuzji, 1,2 x 10 <sup>6</sup> – 6 x 10 <sup>8</sup> komórek	1 lub więcej worków infuzyjnych	05909991384388	2021-09-01	2 lata	1226.0, Tisagenlecleucel	1373760,00	1442448,00	1442448,00	B.65.	bezpłatny	0 zł
458	Tobramycinum	Bramitob, roztwór do nebulizacji, 300 mg/4 ml	56 poj.po 4 ml	05909990045976	2019-07-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	6037,20	6339,06	4876,20	B.27.	bezpłatny	0 zł
459	Tobramycinum	Tobramycin Via pharma, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991308292	2021-03-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	4644,00	4876,20	4876,20	B.27.	bezpłatny	0 zł
460	Tobramycinum	Tobramycyna SUN, roztwór do nebulizacji, 300 mg/5 ml	56 amp. 5 ml	05909991321444	2021-11-01	3 lata	1081.0, Tobramycinum	2916,00	3061,80	3061,80	B.27.	bezpłatny	0 zł
461	Tocilizumabum	RoActemra, roztwór do wstrzykiwań, 162 mg	4 amp.-strz. po 0,9 ml	05902768001075	2022-01-01	2 lata	1106.0, Tocilizumab	2948,40	3095,82	3095,82	B.33.	bezpłatny	0 zł
462	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 10 ml	05000471007046	2021-05-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	1053,00	1105,65	1105,65	B.33.	bezpłatny	0 zł
463	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 20 ml	05000471007053	2020-09-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	2106,00	2211,30	2211,30	B.33.	bezpłatny	0 zł
464	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.a 4 ml	05000471007039	2021-05-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	421,20	442,26	442,26	B.33.	bezpłatny	0 zł
465	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990678259	2020-01-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	1053,00	1105,65	1105,65	B.33.	bezpłatny	0 zł
466	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990678266	2020-01-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	2106,00	2211,30	2211,30	B.33.	bezpłatny	0 zł
467	Tocilizumabum	RoActemra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990678273	2020-01-01	3 lata	1106.0, Tocilizumab	421,20	442,26	442,26	B.33.	bezpłatny	0 zł
468	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05415062342800	2020-09-01	2 lata	1193.0, Tofacetynyb	6193,64	6503,32	6305,04	B.55.	bezpłatny	0 zł
469	Tofacitinibum	Xeljanz, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05907636977100	<1>2021-09-01/<2>2020-09-01	2 lata	1193.0, Tofacetynyb	3002,40	3152,52	3152,52	<1>B.33.; <2>B.35; B.55.	bezpłatny	0 zł
470	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 15 ; 45 mg	28+28 szt.	05038256002115	2021-11-01	2 lata	1232.0, Tolvaptan	2484,00	2608,20	2608,20	B.126.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
471	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 60 mg	28+28 szt.	05038256002122	2021-11-01	2 lata	1232.0, Tolvaptan	3726,00	3912,30	3912,30	B.126.	bezpłatny	0 zł
472	Tolvaptanum	Jinarc, tabl., 30 ; 90 mg	28+28 szt.	05038256002139	2021-11-01	2 lata	1232.0, Tolvaptan	4968,00	5216,40	5216,40	B.126.	bezpłatny	0 zł
473	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Botox , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 jednostek Allergan kompleksu neurotoksyny Clostridium botulinum typu A	1 fiol.	05909990674817	<1><2>2019-07-01/<3>2021-09-01/<4>2019-09-01	3 lata	1055.2, toksyny botulinowe - 2	603,72	633,91	633,91	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.; <4>B.73.	bezpłatny	0 zł
474	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 300 j.	1 fiol.po 300 j.	05909991072094	2022-01-01	3 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	676,51	710,34	710,34	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.	bezpłatny	0 zł
475	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Dysport, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 500 j.	1 fiol.po 500 j.	05909990729227	2022-01-01	3 lata	1055.3, toksyny botulinowe - 3	1127,52	1183,90	1183,90	<1>B.28.; <2>B.30.; <3>B.57.	bezpłatny	0 zł
476	Toxinum botulinicum typum A ad iniectabile	Xeomin , proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 100 j.	1 fiol.po 100 j. (LD50)	05909990643950	<1>2019-07-01/<2>2020-09-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1055.1, toksyny botulinowe - 1	612,38	643,00	643,00	<1>B.28.; <2>B.57.	bezpłatny	0 zł
477	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 0,25 mg	1 fiol.	05909990635177	2017-09-01	5 lat	1088.0, Trabectedin	1797,18	1887,04	1887,04	B.8.	bezpłatny	0 zł
478	Trabectedinum	Yondelis, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1 mg	1 fiol.	05909990635184	2017-09-01	5 lat	1088.0, Trabectedin	7188,74	7548,18	7548,18	B.8.	bezpłatny	0 zł
479	Trametinibum	Mekinist, tabl. powł., 0,5 mg	30 szt.	05909991141813	2021-01-01	2 lata	1157.0, Trametyrib	5706,72	5992,06	5992,06	B.59.	bezpłatny	0 zł
480	Trametinibum	Mekinist, tabl. powł., 2 mg	30 szt.	05909991141851	2021-01-01	2 lata	1157.0, Trametyrib	22826,88	23968,22	23968,22	B.59.	bezpłatny	0 zł
481	Trastuzumabum	Herceptin, proszek do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.po 15 ml	05909990855919	2021-03-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	2678,40	2812,32	952,22	B.58.	bezpłatny	0 zł
482	Trastuzumabum	Herceptin, roztwór do wstrzykiwań, 600 mg	1 fiol. po 6 ml	05902768001037	2021-09-01	2 lata	1082.0, Trastuzumabum	6925,50	7271,78	2786,98	B.9.	bezpłatny	0 zł
483	Trastuzumabum	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	08806238000315	2019-03-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	1598,40	1678,32	952,22	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
484	Trastuzumabum	Herzuma, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	05996537004107	2019-07-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	1527,12	1603,48	952,22	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
485	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiolka po 20 ml	08715131016982	2021-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1082.0, Trastuzumabum	906,88	952,22	952,22	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
486	Trastuzumabum	Kanjinti, proszek do sporządzania koncentratu do przygotowania roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiolka po 50 ml	08715131016975	2021-07-01	<1>2 lata/<2>3 lata	1082.0, Trastuzumabum	2539,25	2666,21	2666,21	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
487	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku 15 ml	05901797710415	2019-07-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	1458,00	1530,90	952,22	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
488	Trastuzumabum	Ogivri, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05901797710781	2020-03-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	3161,16	3319,22	2666,21	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
489	Trastuzumabum	Ontruzant, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. 15 ml	08809593170006	2019-03-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	1634,89	1716,63	952,22	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
490	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol. proszku	05415062339176	2019-09-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	1240,70	1302,74	952,22	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
491	Trastuzumabum	Trazimera, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 420 mg	1 fiol. proszku	05415062346655	2020-11-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	3126,60	3282,93	2666,21	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
492	Trastuzumabum	Zercepac, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 150 mg	1 fiol.	05055565766378	2021-01-01	3 lata	1082.0, Trastuzumabum	972,00	1020,60	952,22	B.9.; B.58.	bezpłatny	0 zł
493	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05902768001044	2022-01-01	1 rok 10 miesięcy	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	7760,88	8148,92	8148,92	B.9.	bezpłatny	0 zł
494	Trastuzumabum emtansinum	Kadcyla, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 160 mg	1 fiol. proszku	05902768001051	2022-01-01	1 rok 10 miesięcy	1082.1, Trastuzumab emtanzyna	12417,84	13038,73	13038,73	B.9.	bezpłatny	0 zł
495	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	20 ml	05909990046805	2021-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	4536,00	4762,80	4762,80	B.31.	bezpłatny	0 zł
496	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	20 ml	05909990046850	2021-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	11340,00	11907,00	11907,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
497	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	20 ml	05909990046867	2021-07-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	22680,00	23814,00	23814,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
498	Treprostynilum	Remodulin, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990046874	2021-05-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	45360,00	47628,00	47628,00	B.31.	bezpłatny	0 zł
499	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418618	2020-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	2408,40	2528,82	2528,82	B.31.	bezpłatny	0 zł
500	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418649	2020-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	24084,00	25288,20	25288,20	B.31.	bezpłatny	0 zł
501	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 2,5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418625	2020-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	6021,00	6322,05	6322,05	B.31.	bezpłatny	0 zł
502	Treprostynilum	Tresuvi, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. po 10 ml	05909991418632	2020-01-01	3 lata	1083.0, Treprostynilum	12042,00	12644,10	12644,10	B.31.	bezpłatny	0 zł
503	Trientium tetrahydrochloridum	Cuprior, tabl. powł., 150 mg	72 szt.	05350626000102	2021-09-01	2 lata	1229.0, Trientyna	12663,00	13296,15	13296,15	B.123.	bezpłatny	0 zł
504	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg	20 szt.	05901571320618	2021-11-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	2290,66	2405,19	2405,19	B.4.	bezpłatny	0 zł
505	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 15+6,14 mg	60 szt.	05901571320625	2021-11-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	6871,96	7215,56	7215,56	B.4.	bezpłatny	0 zł
506	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg	20 szt.	05901571320632	2021-11-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	3054,21	3206,92	3206,92	B.4.	bezpłatny	0 zł
507	Trifluridinum + Tipiracilum	Lonsurf, tabl. powł., 20+8,19 mg	60 szt.	05901571320649	2021-11-01	2 lata	1196.0, Trifluridyna, tipiracil	9162,61	9620,74	9620,74	B.4.	bezpłatny	0 zł
508	Triptorelinum	Diphereline SR 3,75, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny o przedłużonym uwalnianiu do wstrzykiwań, 3,75 mg	1 fiol. + 1 amp.po 2 ml + 1 strz. + 2 igły	05909990486915	2022-01-01	3 lata	1070.0, analogi gonadoliberyny	268,92	282,37	282,37	B.18.	bezpłatny	0 zł
509	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203399	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	2505,60	2630,88	2630,88	B.15.	bezpłatny	0 zł
510	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203405	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	3758,40	3946,32	3946,32	B.15.	bezpłatny	0 zł
511	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203412	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	5011,20	5261,76	5261,76	B.15.	bezpłatny	0 zł
512	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 250 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203375	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	626,40	657,72	657,72	B.15.	bezpłatny	0 zł
513	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3000 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203429	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	7516,80	7892,64	7892,64	B.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
514	Turoctocogum alfa	NovoEight, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 500 j.m.	1 fiol. + 1 amp.-strz.+ 1 łącznik fiol.	05909991203382	2020-01-01	3 lata	1090.1, Factor VIII coagulationis humanus recombinante	1252,80	1315,44	1315,44	B.15.	bezpłatny	0 zł
515	Tydrakizumabum	Ilumetri, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg	1 ampulko-strzykawka 1 ml	08430308131700	2021-11-01	2 lata	1233.0, Tydrakizumab	13250,52	13913,05	13913,05	B.47.	bezpłatny	0 zł
516	Ustekinumabum	Stelara, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 130 mg	1 fiolka (30ml)	05909991307066	2022-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	19032,00	19983,60	19983,60	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
517	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań , 45 mg	1 amp-strz.	05909997077505	2020-01-01	3 lata	1107.0, Ustekinumab	9967,47	10465,84	6917,40	B.47.	bezpłatny	0 zł
518	Ustekinumabum	Stelara, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 90 mg	1 amp-strz.	05909997077512	2022-01-01	2 lata	1107.0, Ustekinumab	13176,00	13834,80	13834,80	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
519	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990935437	2022-01-01	1 rok	1202.0, Wandetanib	6490,80	6815,34	6225,66	B.108.	bezpłatny	0 zł
520	Vandetanibum	Caprelsa, tabl. powł., 300 mg	30 szt.	05909990935444	2022-01-01	1 rok	1202.0, Wandetanib	17787,60	18676,98	18676,98	B.108.	bezpłatny	0 zł
521	Vedolizumabum	Entyvio, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 300 mg	1 fiol. proszku	05909991138202	2022-01-01	2 lata	1176.0, Vedolizumab	6188,40	6497,82	6497,82	B.32.; B.55.	bezpłatny	0 zł
522	Velaglucerasum alfa	Vpriv, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 400 j.m.	1 fiol.	05909990816774	2021-03-01	1 rok 4 miesiące	1123.0, Welagluceraza alfa	6436,80	6758,64	6758,64	B.23.	bezpłatny	0 zł
523	Vemurafenibum	Zelboraf, tabl. powł., 240 mg	56 szt.	05909990935581	2022-01-01	3 lata	1108.0, Wemurafenib	5071,41	5324,98	5324,98	B.59.	bezpłatny	0 zł
524	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 10 mg	14 szt.	08054083013688	2021-11-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	258,26	271,17	271,17	B.103.	bezpłatny	0 zł
525	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 100 mg	112 szt.	08054083013916	2021-11-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	20660,83	21693,87	21693,87	B.103.	bezpłatny	0 zł
526	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 100 mg	14 szt.	08054083013701	2021-11-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	2582,60	2711,73	2711,73	B.103.	bezpłatny	0 zł
527	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 100 mg	7 szt.	08054083013695	2021-11-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	1291,30	1355,87	1355,87	B.103.	bezpłatny	0 zł
528	Venetoclaxum	Venclyxto, tabl. powł., 50 mg	7 szt.	08054083013718	2021-11-01	2 lata	1186.0, Venetoclax	645,66	677,94	677,93	B.103.	bezpłatny	0 zł
529	Vismodegibum	Erivedge, kaps. twarde, 150 mg	28 szt.	05902768001020	2021-03-01	2 lata	1155.0, Wismodegib	17274,60	18138,33	18138,33	B.88.	bezpłatny	0 zł

**LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B (ICD-10 B 18.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1.1. Do programu są kwalifikowani świadczeniobiorcy w wieku powyżej 3 lat, chorzy na przewlekle wirusowe zapalenie wątroby typu B, charakteryzujący się obecnością HBV DNA w surowicy oraz antygeny HBs przez czas dłuższy niż 6 miesięcy oraz spełniający poniższe kryteria:</p> <p>1) poziom wirerii HBV DNA powyżej 2000 IU/mL oraz</p> <p>2) potwierdzenie aktywnego zapalenia wątroby w postaci aktywności AIAT przekraczającej górną granicę normy w co najmniej trzech oznaczeniach wykonanych w okresie nie krótszym niż trzy miesiące i nie dłuższym niż 12 miesięcy</p> <p>lub</p> <p>3) zmiany histologiczne w wątrobie potwierdzające rozpoznanie przewlekłego zapalenia wątroby</p> <p>lub</p> <p>4) sztywność tkanki wątrobowej wskazująca na znaczące włóknienie (&gt;7,0 kPa) w badaniu elastograficznym wątroby.</p> <p>1.2. Do programu są kwalifikowani przy stwierdzeniu wirerii HBV DNA (niezależnie od jego poziomu):</p> <p>1) świadczeniobiorcy z marskością wątroby (świadczeniobiorcy z niewyrównaną marskością wątroby są leczeni w trybie pilnym);</p> <p>2) świadczeniobiorcy oczekujący na przeszczep wątroby;</p>	<p><b>1. Interferon</b></p> <p>Interferon pegylowany alfa-2a:</p> <p>a) 90 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań,</p> <p>b) 135 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań,</p> <p>c) 180 µg/0,5 ml roztwór do wstrzykiwań;</p> <p>Interferon dawkuje się zgodnie z zaleceniami zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego. Redukcja dawki możliwa jest zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Czas leczenia interferonem nie może przekroczyć 48 tygodni.</p> <p><b>2. Analogi nukleozydowe lub nukleotydydowe</b></p> <p>1) lamiwudyna: - tabletki po 100 mg - raz dziennie 1 tabletką;</p> <p>2) entekawir: a) tabletki po 0,5 mg - raz dziennie 1 tabletką u osób uprzednio nieleczonych analogami nukleozydowymi lub nukleotydydowymi, b) tabletki po 1,0 mg - raz dziennie 1 tabletką u osób uprzednio leczonych analogami nukleozydowymi lub nukleotydydowymi;</p> <p>3) adefowir: - tabletki po 10,0 mg - raz dziennie 1 tabletką;</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia interferonem i analogami nukleozydów lub nukleotydydów</b></p> <p>1) poziom wirerii HBV DNA,</p> <p>2) oznaczenie antygeny HBs,</p> <p>3) oznaczenie antygeny HBe,</p> <p>4) oznaczenie przeciwciał anti-HBe,</p> <p>5) oznaczenie przeciwciał anti-HCV,</p> <p>6) oznaczenie przeciwciał anti-HIV,</p> <p>7) morfologia krwi,</p> <p>8) oznaczenie poziomu ALT,</p> <p>9) proteinogram,</p> <p>10) czas lub wskaźnik protrombinowy,</p> <p>11) oznaczenie stężenia mocznika i kreatyniny,</p> <p>12) USG jamy brzusznej,</p> <p>13) biopsja wątroby – w przypadkach uzasadnionych kryteriami kwalifikacji,</p> <p>14) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p>przy kwalifikacji do leczenia interferonem dodatkowo:</p> <p>1) oznaczenie poziomu glukozy,</p> <p>2) oznaczenie przeciwciał,</p> <p>3) oznaczenie poziomu TSH,</p>

<p>3) świadczeniobiorcy z planowaną lub rozpoczętą terapią immunosupresyjną, w tym biologiczną, lub chemioterapią przeciwnowotworową;</p> <p>4) świadczeniobiorcy, u których rozpoczyna się planowane leczenie zakażenia HCV.</p> <p>1.3. Do programu mogą zostać zakwalifikowane kobiety w trzecim trymestrze ciąży z wiremią HBV DNA powyżej 200 000 IU/ml, jeśli lekarz uzna to za zasadne.</p> <p><b>2. Leczenie</b></p> <p>2.1. U pacjentów dotychczas nieleczonych stosuje się interferon pegylowany alfa-2a albo analog nukleozydowy - entekawir lub nukleotyduowy - tenofowir.</p> <p>2.2. Choroby lub stany wykluczające stosowanie interferonu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) niewyrównana marskość wątroby;</li> <li>2) ciężka współistniejąca choroba serca, w tym niewydolność krążenia, niestabilna choroba wieńcowa;</li> <li>3) niewyrównana cukrzyca insulinozależna;</li> <li>4) choroby o podłożu autoimmunologicznym, z wyłączeniem autoimmunologicznego zapalenia wątroby typu II (anty-LKM-1);</li> <li>5) niewyrównana nadczynność tarczycy;</li> <li>6) retinopatia (po konsultacji okulistycznej);</li> <li>7) padaczka (po konsultacji neurologicznej);</li> <li>8) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających;</li> <li>9) ciąża lub karmienie piersią;</li> <li>10) czynna psychoza, depresja (po konsultacji psychiatrycznej);</li> <li>11) choroba nowotworowa czynna lub z dużym ryzykiem wznowy (po konsultacji onkologicznej, hematologicznej lub hematologicznej);</li> <li>12) inne przeciwwskazania określone w charakterystyce produktu leczniczego.</li> </ol>	<p>4) tenofowir: - tabletki po 245 mg - raz dziennie 1 tabletką.</p> <p>W przypadku pacjentów z zaburzeniami czynności nerek możliwa jest zmiana dawkowania entekawiru, adefowiru i tenofowiru zgodnie z odpowiednimi Charakterystykami Produktu Leczniczego.</p>	<p>4) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia interferonem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) w dniu rozpoczęcia terapii: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi,</li> <li>b) oznaczenie poziomu ALT,</li> <li>c) czas lub wskaźnik protrombinowy,</li> <li>d) oznaczenie stężenia kreatyniny,</li> <li>e) oznaczenie poziomu AFP,</li> <li>f) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową;</li> </ol> </li> <li>2) w 2, 4, 6, 8, 12, 16, 20, 24, 28, 32, 36, 40, 44, 48 tygodniu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi,</li> <li>b) oznaczenie poziomu ALT;</li> </ol> </li> <li>3) w 4, 12, 24, 48 tygodniu - oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>4) w 12 tygodniu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) poziom wirerii HBV DNA,</li> <li>b) oznaczenie antygenu HBsAg metodą ilościową;</li> </ol> </li> <li>5) w 24, 48 tygodniu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie antygenu HBsAg,</li> <li>b) oznaczenie antygenu HBeAg,</li> <li>c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe,</li> <li>d) poziom wirerii HBV DNA;</li> </ol> </li> <li>6) w 12, 24, 36, 48 tygodniu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie poziomu TSH,</li> <li>b) oznaczenie poziomu fT4 lub fT3;</li> </ol> </li> <li>7) w 48 tygodniu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) proteinogram,</li> <li>b) czas lub wskaźnik protrombinowy,</li> <li>c) oznaczenie poziomu AFP,</li> </ol> </li> </ol>
--	---	--

2.3. W przypadku rozpoczęcia leczenia interferonem należy je przerwać w przypadku:

- 1) braku odpowiedzi po 12 tygodniach leczenia definiowanej jako zmniejszenie poziomu wirerii HBV DNA o co najmniej 1 log<sub>10</sub>;
- 2) wystąpienia objawów nadwrażliwości lub nietolerancji na substancję czynną lub pomocniczą;
- 3) choroby lub stany wymienione w pkt. 2.2. ujawnione w trakcie leczenia interferonem.

2.4. W przypadkach nieskuteczności interferonu należy stosować entekawir lub tenofowir.

2.5. Adefowir lub lamiwudyna może być stosowana tylko w przypadku niemożności zastosowania entekawiru lub tenofowiru.

2.6. Po pierwszych 12 tygodniach leczenia analogami nukleozydowymi lub nukleotydowymi należy ocenić ich skuteczność. Dla kontynuacji leczenia konieczne jest obniżenie początkowych wartości wirerii HBV DNA co najmniej o 1 log<sub>10</sub>.

2.7. W uzasadnionych przypadkach leczenie określonym analogiem nukleozydowym lub nukleotydowym może być kontynuowane do 24 tygodnia, do ponownej oceny skuteczności. W innych przypadkach należy zmienić lek po uzyskaniu wyniku lekooporności i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia.

2.8. Po 24 tygodniach terapii należy ponownie ocenić skuteczność terapii poprzez ilościowe oznaczenie poziomu wirerii HBV DNA. W wypadku niewykrywalnego HBV DNA leczenie należy kontynuować do osiągnięcia punktu końcowego leczenia. W innym wypadku należy rozważyć zmianę leku po uzyskaniu wyniku wirogramu i sprawdzeniu adherencji pacjenta do leczenia, stosując monoterapię jednym z leków opisanych w programie.

d) USG jamy brzusznej.

### **3. Monitorowanie leczenia analogami nukleozydów lub nukleotydów**

1) w dniu rozpoczęcia terapii:

- a) morfologia krwi,
- b) oznaczenie poziomu ALT,
- c) czas lub wskaźnik protrombinowy,
- d) oznaczenie stężenia kreatyniny,
- e) oznaczenie poziomu AFP;

2) w 4, 12, 24, 48 tygodniu:

- a) oznaczenie stężenia kreatyniny,
- b) morfologia krwi,
- c) oznaczenie poziomu ALT;

3) w 12 tygodniu - poziom wirerii HBV DNA;

4) w 24 i następnie co 24 tygodnie:

- a) oznaczenie antygenu HBsAg,
- b) oznaczenie antygenu HBeAg,
- c) oznaczenie przeciwciał anty-HBe,
- d) poziom wirerii HBV DNA,
- e) oznaczenie lekooporności przy jej podejrzeniu;

5) w 48 tygodniu i następnie co 48 tygodni:

- a) czas lub wskaźnik protrombinowy,
- b) proteinogram,
- c) oznaczenie poziomu AFP,
- d) USG jamy brzusznej.

### **4. Monitorowanie programu:**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i



<p>2.9. W uzasadnionych przypadkach, zwłaszcza po wyczerpaniu opcji terapeutycznych lub nieuzyskaniu nieoznaczalnej wirerii HBV DNA należy rozważyć leczenie interferonem.</p> <p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>3.1. Leczenie można zakończyć u osób leczonych dłużej niż rok, po stwierdzeniu:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) serokonwersji w układzie "s" lub</li><li>2) dwukrotnie ujemnych wyników oznaczenia HBV DNA wykonanych w odstępach co najmniej 3 miesięcy.</li></ol> <p>3.2. W przypadku pacjentów z marskością wątroby i po przeszczepach narządowych terapię należy stosować bez ograniczeń czasowych.</p>		<p>każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
---	--	--

## LECZENIE NOWOTWORÓW PODŚCIELISKA PRZEWODU POKARMOWEGO (GIST) (ICD-10 C 15, C 16, C 17, C 18, C 20, C 48)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Leczenie adjuwantowe imatynibem chorych z wysokim ryzykiem nawrotu <math>\geq 50\%</math> wg klasyfikacji AJCC-NCCN-AFIP po zabiegu radykalnego usunięcia guza GIST żołądka, dwunastnicy, jelita cienkiego i odbytnicy z KIT – CD117 dodatnim wynikiem, oraz leczenie paliatywne imatynibem chorych z rozsianym lub nieoperacyjnym nowotworem podścieliska przewodu pokarmowego, które ma na celu zahamowanie rozwoju choroby</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia imatynibem dzieci i dorosłych</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>rozpoznanie mięsaka podścieliskowego przewodu pokarmowego potwierdzone histologicznie;</li> <li>ekspresja CD117 potwierdzona immunohistochemicznie;</li> <li>leczenie adjuwantowe: obecność wysokiego ryzyka <math>\geq 50\%</math> nawrotu po zabiegu radykalnego usunięcia nowotworu z KIT (CD117- dodatniego GIST żołądka, dwunastnicy, jelita cienkiego i odbytnicy, określonego według klasyfikacji AJCC-NCCN-AFIP ); czas od operacji pierwotnego GIST, a wdrożeniem leczenia uzupełniającego nie powinien przekroczyć 4 miesiące; obecność mutacji KIT lub PDGFR-<math>\alpha</math> z wykluczeniem mutacji PDGFR-<math>\alpha</math>D842V;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie imatynibu</b></p> <p><b>1.1. Dorośli</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>dobowa dawka początkowa - 400 mg jednorazowo,</li> <li>dobowa dawka w przypadku wystąpienia progresji 800 mg w dwóch dawkach (2x400mg).</li> </ol> <p><b>1.2. Dzieci</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>dzieci o powierzchni ciała do 1m<sup>2</sup>: 340 mg/m<sup>2</sup>, dawka dobową jednorazowo. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki dobowej dwukrotnie,</li> <li>dzieci o powierzchni ciała powyżej 1 m<sup>2</sup> dawkowanie jak dla dorosłych. W przypadku wystąpienia progresji możliwe zwiększenie dawki do 2 x 400 mg na dobę.</li> </ol> <p><b>2. Dawkowanie sunitynibu</b></p> <p><b>2.1. Dorośli</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa preparatu sunitynib wynosi 50 mg doustnie raz na dobę przez 4 kolejne tygodnie, po czym następuje dwutygodniowa przerwa (schemat 4/2), co stanowi pełny cykl 6 tygodni. Można stopniowo dokonywać zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji lub przedłużać</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia imatynibem albo sunitynibem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>badanie ogólne moczu;</li> <li>aktywność transaminaz wątrobowych;</li> <li>stężenie bilirubiny;</li> <li>aktywności fosfatazy zasadowej;</li> <li>poziom albumin;</li> <li>EKG;</li> <li>tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy (inne obszary w zależności od wskazań) Badanie TK nie dotyczy leczenia adjuwantowego imatynibem, jeśli było wykonane przed zabiegiem operacyjnym;</li> <li>oznaczenie mutacji KIT i PDGFRA (dotyczy wyłącznie kwalifikacji do leczenia adjuwantowego imatynibem).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia imatynibem albo sunitynibem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>badanie ogólne moczu;</li> <li>aktywność aminotransferaz wątrobowych;</li> <li>stężenie bilirubiny;</li> <li>aktywność fosfatazy zasadowej;</li> <li>poziom albumin;</li> <li>tomografia komputerowa</li> </ol>

<p>4) leczenie choroby zaawansowanej: brak możliwości wykonania resekcji lub obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego lub wyników badań obrazowych;</p> <p>5) obecność zmian możliwych do zmierzenia w badaniu tomografii komputerowej;</p> <p>6) stan sprawności (według klasyfikacji WHO 0-2);</p> <p>7) prawidłowe wyniki badań czynności szpiku (liczba płytek krwi <math>\geq 75000/\text{mm}^3</math>, liczba bezwzględna neutrofilii <math>\geq 1000/\text{mm}^3</math>, stężenie hemoglobiny <math>\geq 8.0 \text{ g/dl}</math>);</p> <p>8) prawidłowe wartości wskaźników czynności wątroby i nerek (nieprzekraczające 2,5 raza górnej granicy normy lub 5 razy dla prób wątrobowych w przypadku przerzutów do wątroby).</p> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia imatynibem w programie</b> Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>1.3. Kryteria wyłączenia z leczenia imatynibem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na imatynib;</li> <li>2) nawrót GIST podczas leczenia adjuwantowego, które może trwać maksymalnie do 36 miesięcy;</li> <li>3) progresja choroby w trakcie stosowania leku po zwiększeniu dawki imatynibu do 800 mg/dobę; zwłaszcza pierwotna oporność na imatynib; u dzieci o pow. ciała do <math>1\text{m}^2</math> progresja choroby w trakcie stosowania leku po zwiększeniu dawki imatynibu dwukrotnie;</li> <li>4) brak skuteczności po 4 miesiącach stosowania leku (zwiększenie sumy wielkości zmian w TK spiralnej, powyżej 20% z wyjątkiem sytuacji, gdy gęstość tych zmian jest mniejsza niż 15% w stosunku do gęstości</li> </ol>	<p>przerwę w przyjmowaniu leku. Dawka dobową nie powinna być mniejsza niż 25 mg.</p> <p><b>2.2. Dzieci</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) dzieci powyżej 6 r. ż. dawkowanie jak u dorosłych,</li> <li>b) dzieci poniżej 6.r.ż. - dawka powinna być indywidualnie ustalana poczynając od 25 mg na dobę. Można stopniowo dokonywać zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji lub przedłużać przerwę w przyjmowaniu leku.</li> </ol> <p><b>3. Dawkowanie sorafenibu</b> <b>Dobowa dawka 800 mg (w dwóch dawkach 2x400 mg)</b></p>	<p>Badania laboratoryjne należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy - nie rzadziej niż raz na 4-6 tygodni. Badania obrazowe (TK) należy wykonywać:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) u pacjentów leczonych adjuwantowo imatynibem:       <ul style="list-style-type: none"> <li>- pierwsze badanie - po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia uzupełniającego,</li> <li>- następne badania – co 6 miesięcy do zakończenia uzupełniającego leczenia imatynibem (3 lata),</li> <li>- następne badania – co 6 miesięcy do upływu 5-letniego okresu od rozpoczęcia leczenia uzupełniającego,</li> <li>- następne badania – co 12 miesięcy;</li> </ul> </li> <li>b) u pacjentów z nieoperacyjnym lub rozsianym GIST:       <ul style="list-style-type: none"> <li>- co 2 miesiące w okresie pierwszych 6 miesięcy leczenia,</li> <li>- następne badania – co 3 miesiące.</li> </ul> </li> </ol> <p>Należy oceniać zmiany pod względem różnic ich wielkości (skala RECIST) i gęstości.</p> <p><b>3. Badania przy kwalifikacji do leczenia sorafenibem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) badanie ogólne moczu;</li> <li>3) aktywność transaminaz wątrobowych;</li> <li>4) stężenie bilirubiny i kreatyniny;</li> <li>5) aktywności fosfatazy zasadowej;</li> <li>6) tomografia komputerowa (TK) jamy brzusznej i miednicy (inne obszary w zależności od wskazań).</li> </ol> <p><b>4. Monitorowanie leczenia sorafenibem</b> Pierwsze badania monitorujące należy wykonać po 6-8 tygodniach od rozpoczęcia leczenia sorafenibem. Następne badania kontrolne należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12 tygodni:</p>
--	--	--

<p>wyjściowej, lub pojawienie się nowej/nowych zmian o wielkości co najmniej 10 mm);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) utrzymywanie się toksyczności według skali WHO większej bądź równej 3 (zwłaszcza 3-krotny wzrost stężenia bilirubiny powyżej górnej granicy normy, 5-krotny wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych powyżej górnej granicy normy, ciężka niedokrwistość, neutropenia lub małopłytkowość);</li> <li>6) stan sprawności według WHO 3-4;</li> <li>7) obecność istotnych chorób współistniejących lub niewydolności narządowej (do oceny przez lekarza prowadzącego);</li> <li>8) choroba serca oceniana na III lub IV klasę wg WHO (NYHA);</li> <li>9) stosowanie warfaryny w pełnych dziennych dawkach;</li> <li>10) ciąża;</li> <li>11) karmienie piersią.</li> </ol> <p><b>2. Leczenie sunitynibem</b></p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia sunitynibem dzieci i dorosłych</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie mięsaka podścieliska przewodu pokarmowego (GIST) potwierdzone histologicznie;</li> <li>2) ekspresja CD117 potwierdzona immunohistochemicznie;</li> <li>3) brak możliwości resekcji zmian lub obecność przerzutów udokumentowane na podstawie oceny stanu klinicznego i wyników badań obrazowych;</li> <li>4) obecność zmian możliwych do zmierzenia w badaniu komputerowej tomografii;</li> <li>5) udokumentowana progresja w czasie leczenia imatynibem (oporność) lub nietolerancja imatynibu (3-4 stopień toksyczności);</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) badanie ogólne moczu;</li> <li>3) aktywność aminotransferaz wątrobowych;</li> <li>4) stężenie bilirubiny i kreatyniny;</li> <li>5) aktywność fosfatazy zasadowej;</li> <li>6) badanie ciśnienia tętniczego;</li> <li>7) tomografia komputerowa odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych (minimum jama brzuszna i miednica);</li> <li>8) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p><b>5. Monitorowanie programu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</li> </ol>
--	--	---

- 6) stan sprawności według klasyfikacji WHO 0-3;
- 7) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: liczba płytek krwi  $\geq 75000/\text{mm}^3$ , liczba bezwzględna neutrofilii  $\geq 1000/\text{mm}^3$ , stężenie hemoglobiny  $\geq 8.0 \text{ g/dl}$ ;
- 8) prawidłowe wartości wskaźników czynności wątroby i nerek (nieprzekraczające 2,5 raza górnej granicy normy lub 5 razy dla prób wątrobowych w przypadku przerzutów do wątroby).

### **2.2. Określenie czasu leczenia sunitynibem w programie.**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

### **2.3. Wyłączenie z programu leczenia sunitynibem:**

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sunitynib;
- 2) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku;
- 3) brak skuteczności (pod postacią progresji choroby) po 3 miesiącach stosowania leku, nieakceptowalna, nawracająca (pomimo modyfikacji dawkowania) toksyczność według skali WHO  $\geq 3$  (zwłaszcza 3-krotny wzrost stężenia bilirubiny, 5-krotny wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych, neutropenia lub małopłytkowość; wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia);
- 4) stan sprawności 4 według WHO.

### **3. Leczenie sorafenibem**

#### **3.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia sorafenibem**

- 1) wiek powyżej 18 roku życia;
- 2) potwierdzone histologicznie rozpoznanie mięsaka podścieliska przewodu pokarmowego (GIST);
- 3) brak możliwości resekcji zmian pierwotnych lub obecność przerzutów udokumentowane na podstawie oceny stanu klinicznego i wyników badań obrazowych;
- 4) obecność zmian możliwych do zmierzenia w badaniu tomografii komputerowej;
- 5) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem imatynibu (progresja w czasie leczenia imatynibem) oraz udokumentowana progresja w czasie leczenia sunitynibem (oporność) lub nietolerancja sunitynibu;
- 6) brak przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym;
- 7) potwierdzony stan sprawności ogólnej według klasyfikacji Zubroda-WHO 0-1;
- 8) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: liczba płytek krwi  $\geq 100000/\text{mm}^3$ , liczba bezwzględna neutrofilii  $\geq 1500/\text{mm}^3$ , stężenie hemoglobiny  $\geq 10,0 \text{ g/dl}$ ;
- 9) prawidłowe wartości wskaźników czynności wątroby i nerek (nieprzekraczające 2,5 raza górnej granicy normy lub 5 razy dla prób wątrobowych w przypadku przerzutów do wątroby);
- 10) brak przeciwwskazań do stosowania sorafenibu.

#### **3.2. Określenie czasu leczenia sorafenibem w programie.**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

<p><b>3.3. Wyłączenie z programu leczenia sorafenibem:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sorafenib;</li><li>2) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania sorafenibu;</li><li>3) długotrwałe (powyżej 28 dni) działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji WHO nie poddające się leczeniu objawowemu i redukcji dawki;</li><li>4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności 2-4 według klasyfikacji Zubroda-WHO;</li><li>5) rezygnacja pacjenta.</li></ol>		
---	--	--

**LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA JELITA GRUBEGO (ICD-10: C18 – C20)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>I. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej cetuksymab</b></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikowania</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;</li> <li>2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);</li> <li>3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;</li> <li>4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej;</li> <li>5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E;</li> <li>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;</li> <li>7) stan sprawności w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;</li> <li>8) wiek powyżej 18. roku życia;</li> <li>9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) liczba płytek krwi większa lub równa <math>1,5 \times 10^5/\text{mm}^3</math>,</li> <li>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa <math>1500/\text{mm}^3</math>,</li> <li>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe <math>10,0 \text{ g/dl}</math>;</li> </ol> </li> <li>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>Cetuksymab</b> stosowany wg schematu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <math>400 \text{ mg/m}^2</math> powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny (pierwsza dawka) oraz <math>250 \text{ mg/m}^2</math> powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę (kolejne dawki). W tym przypadku cetuksymab stosowany jest w odstępach 7-dniowych, lub</li> <li>2. <math>500 \text{ mg/m}^2</math> powierzchni ciała dożylnie we wlewie trwającym 2 godziny wówczas cetuksymab stosowany jest w odstępach 14-dniowych.</li> </ol> <p>O wyborze schematu dawkowania decyduje lekarz prowadzący.</p> <p>Cetuksymab stosowany jest w monoterapii (trzecia linia leczenia) lub wraz z chemioterapią według schematu FOLFIRI lub FOLFOX (pierwsza linia leczenia) z uwzględnieniem możliwości kontynuowania w monoterapii (bez chemioterapii) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby (ocena na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych).</p> <p>Chemioterapia według schematu FOLFIRI i FOLFOX – stosowana w odstępach 14-dniowych.</p>	<p><b>Badania podczas kwalifikowania do leczenia cetuksymabem lub panitumumabem:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;</li> <li>2) ocena stanu genów KRAS i NRAS (wykluczenie obecności mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz wykluczenie mutacji w genie BRAF V600E;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) oznaczenie stężenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) kreatyniny,</li> <li>b) bilirubiny</li> </ol> – w surowicy;</li> <li>5) oznaczenie stężenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) transaminaz (AspAT, AlAT),</li> <li>b) magnezu</li> </ol> – w surowicy;</li> <li>6) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym;</li> </ol>



<p>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;</p> <p>11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFIRI lub FOLFOX;</p> <p>12) 12-miesięczny odstęp od zakończenia uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej zawierającej oksaliplatynę – dotyczy jedynie skojarzenia cetuksymabu z chemioterapią według schematu FOLFOX;</p> <p>13) wykluczenie ciąży;</p> <p>14) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);</p> <p>15) przeciwwskazania do zastosowania cetuksymabu – niżej wymienione – nieobecne:</p> <p>a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,</p> <p>b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.</p> <p>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (<u>w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez cetuksymabu</u>).</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia</b></p> <p>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) objawy nadwrażliwości na cetuksymab lub jakiegokolwiek składnik chemioterapii;</p> <p>2) progresja choroby w trakcie leczenia;</p> <p>3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;</p>	<p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie cetuksymabu, z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.</p> <p>W uzasadnionych przypadkach (w szczególności w przypadku wystąpienia polineuropatii) można zredukować dawkę oksaliplatyny do 65 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała, a także wydłużyć przerwę pomiędzy cyklami leczenia do 3 tygodni (w szczególności w przypadku powikłań hematologicznych).</p> <p>W przypadku uzyskania w co najmniej dwóch kolejnych ocenach obrazowych obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji na leczenie pierwszej linii, chemioterapię można przerwać całkowicie lub częściowo (monoterapia fluoropirymidyną) pod warunkiem kontynuowania oceny odpowiedzi zgodnie z zapisami programu. Po stwierdzeniu progresji choroby leczenie może być wznowione, o ile nadal spełnione są kryteria kwalifikowania (z wykluczeniem punktu nr 4 – brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej).</p> <p><b>Panitumumab</b> – 6 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę w monoterapii (trzecia linia leczenia) lub wraz z chemioterapią według schematu FOLFOX lub FOLFIRI (pierwsza linia leczenia) z uwzględnieniem</p>	<p>7) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>8) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów;</p> <p>9) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej;</p> <p>10) EKG;</p> <p>11) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>Badania podczas kwalifikowania do leczenia bewacyzumabem:</b></p> <p>1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;</p> <p>2) potwierdzona obecność mutacji aktywującej genu KRAS lub NRAS (w jednym z eksonów 2,3. lub 4.) w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterapią FOLFIRI;</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>4) oznaczenie stężenia:</p> <p>a) kreatyniny,</p> <p>b) bilirubiny</p> <p>– w surowicy;</p> <p>5) oznaczenie aktywności:</p>
---	--	--

<p>4) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenie płuc;</p> <p>5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.</p> <p><b>II. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej bewacyzumab</b></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikowania</b></p> <p>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;</p> <p>2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);</p> <p>3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;</p> <p>4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej;</p> <p>5) wcześniejsze stosowanie chemioterapii uzupełniającej z oksaliplatyną – w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterapią FOLFIRI;</p> <p>6) potwierdzona obecność mutacji aktywującej genu KRAS lub NRAS (w jednym z eksonów 2.,3. lub 4.) w przypadku stosowania bewacyzumabu w skojarzeniu z chemioterapią FOLFIRI;</p> <p>7) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;</p> <p>8) stan sprawności w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;</p> <p>9) wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>10) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:</p> <p>a) liczba płytek krwi większa lub równa <math>1,5 \times 10^5/\text{mm}^3</math>,</p> <p>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa <math>1500/\text{mm}^3</math>,</p> <p>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe <math>10,0 \text{ g/dl}</math>;</p> <p>11) wskaźniki czynności wątroby i nerek:</p> <p>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),</p>	<p>możliwości kontynuowania w monoterapii (bez chemioterapii) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby (ocena na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych).</p> <p>Chemioterapia według schematu FOLFOX i FOLFIRI – stosowana w odstępach 14-dniowych.</p> <p>Panitumumab – stosowany w odstępach 14-dniowych.</p> <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie panitumumabu z powodu działań niepożądanych, to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.</p> <p>W uzasadnionych przypadkach (w szczególności w przypadku wystąpienia polineuropatii) można zredukować dawkę oksaliplatyny do <math>65 \text{ mg/m}^2</math> powierzchni ciała, a także wydłużyć przerwę pomiędzy cyklami leczenia do 3 tygodni (w szczególności w przypadku powikłań hematologicznych).</p> <p>W przypadku uzyskania w co najmniej dwóch kolejnych ocenach obrazowych obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji na leczenie pierwszej linii, chemioterapię można przerwać całkowicie lub częściowo (monoterapia fluoropirymidyną) pod warunkiem kontynuowania oceny odpowiedzi zgodnie z zapisami programu. Po stwierdzeniu progresji choroby leczenie może być wznowione, o ile nadal spełnione są kryteria kwalifikowania (z</p>	<p>a) transaminaz (AspAT, AlAT), – w surowicy;</p> <p>6) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT);</p> <p>7) oznaczenie INR;</p> <p>8) badanie ogólne moczu;</p> <p>9) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym;</p> <p>10) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>11) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów;</p> <p>12) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej;</p> <p>13) EKG;</p> <p>14) pomiar ciśnienia tętniczego;</p> <p>15) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>Badania przy kwalifikacji do leczenia afliberceptem:</b></p> <p>1) histologiczne potwierdzenie raka jelita grubego;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p>
--	---	--

<p>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>c) stężenie kreatyniny w granicach normy;</p> <p>12) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFIRI;</p> <p>13) wykluczenie ciąży;</p> <p>14) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);</p> <p>15) przeciwwskazania do zastosowania bewacyzumabu – niżej wymienione – nieobecne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) nieusunięta pierwotna zmiana nowotworowa w jelicie grubym (chorzy kwalifikowani do leczenia bewacyzumabem muszą mieć wykonaną resekcję pierwotnej zmiany w jelicie grubym),</li> <li>b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,</li> <li>c) niestabilne nadciśnienie tętnicze,</li> <li>d) niestabilna choroba niedokrwienna serca,</li> <li>e) naczyniowe choroby ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie,</li> <li>f) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia,</li> <li>g) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień,</li> <li>h) stosowanie leków przeciwkrzepliwych lub antyagregacyjnych (dopuszczalne jest podawanie heparyny drobnocząsteczkowej w dawce profilaktycznej),</li> <li>i) niegojące się rany,</li> <li>j) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia,</li> <li>k) białkomocz (z wyjątkiem stopnia I wg CTCAE),</li> <li>l) alergia na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych.</li> </ul>	<p>wykluczeniem punktu 4 - brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej).</p> <p><b>Bewacyzumab</b> – 10 mg/kg masy ciała dożylnie (schemat FOLFOX-4) lub 5 mg/kg masy ciała dożylnie (schemat FOLFIRI) we wlewie trwającym 30-90 minut (dzień 1.) wraz z chemioterapią według schematów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) FOLFIRI – pierwsza linia leczenia;</li> <li>b) FOLFOX-4 – druga linia leczenia.</li> </ul> <p>Bewacyzumab – stosowany w odstępach 14-dniowych z uwzględnieniem możliwości kontynuowania w monoterapii (bez chemioterapii) w sytuacji potwierdzenia obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji choroby w ocenie przeprowadzonej na podstawie wyników dwóch kolejnych badań obrazowych (lek nie może być stosowany w monoterapii w drugiej linii leczenia)</p> <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie bewacyzumabu, to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.</p> <p>W uzasadnionych przypadkach (w szczególności w przypadku wystąpienia polineuropatii) można zredukować dawkę oksaliplatyny do 65 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała, a także wydłużyć przerwę pomiędzy cyklami leczenia do 3 tygodni (w</p>	<p>3) oznaczenie stężenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) kreatyniny,</li> <li>b) bilirubiny</li> </ul> <p>– w surowicy;</p> <p>4) oznaczenie aktywności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) transaminaz (AspAT, AlAT),</li> </ul> <p>– w surowicy;</p> <p>5) oznaczenie czasu kaolinowo-kefalinowego (APTT);</p> <p>6) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (PT);</p> <p>7) badanie ogólne moczu;</p> <p>8) próba ciążowa – u kobiet w okresie prokreacyjnym;</p> <p>9) badanie KT jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>10) badanie KT lub MR mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu wykluczenia przerzutów;</p> <p>11) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane KT klatki piersiowej;</p> <p>12) EKG;</p> <p>13) pomiar ciśnienia tętniczego;</p> <p>14) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p>
--	---	---

<p>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (<u>w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez bewacyzumabu</u>).</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia</b></p> <p>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) objawy nadwrażliwości na bewacyzumab lub jakiegokolwiek składnik chemioterapii;</li> <li>2) progresja choroby w trakcie leczenia;</li> <li>3) długotrwałe i istotne klinicznie działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;</li> <li>4) utrzymujący się białkomocz stopnia co najmniej 2. wg CTCAE;</li> <li>5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.</li> </ol> <p><b>III. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab w skojarzeniu z chemioterapią według schematu FOLFIRI</b></p> <p><b>1. Kryteria kwalifikowania</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;</li> <li>2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);</li> <li>3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;</li> <li>4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej;</li> <li>5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E;</li> </ol>	<p>szczególności w przypadku powikłań hematologicznych).</p> <p>W przypadku uzyskania w co najmniej dwóch kolejnych ocenach obrazowych obiektywnej odpowiedzi lub stabilizacji na leczenie pierwszej linii, chemioterapię można przerwać całkowicie (bewacyzumab w monoterapii) lub częściowo (bewacyzumab z fluoropirymidyną pod warunkiem kontynuowania oceny odpowiedzi zgodnie z zapisami programu. Po stwierdzeniu progresji choroby leczenie może być wznowione, o ile nadal spełnione są kryteria kwalifikowania (z wykluczeniem punktu nr 4 – brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej).</p> <p><b>Aflibercept</b> - 4 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 1 godzinę (dzień 1) wraz z chemioterapią według schematu FOLFIRI.</p> <p>Cykl leczenia powtarza się co dwa tygodnie.</p> <p>W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leku należy dostosować do wytycznych zawartych w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Jeżeli przerwano stosowanie afliberceptu, z powodu działań niepożądanych to maksymalny czas do podania kolejnej dawki nie może być dłuższy niż 8 tygodni.</p> <p>Aflibercept nie może być stosowany w monoterapii.</p>	<p><b>Badania przy kwalifikacji do terapii skojarzonej triflurydyną oraz typiracylem:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) stężenie bilirubiny całkowitej;</li> <li>3) stężenie kreatyniny;</li> <li>4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT);</li> <li>5) badanie ogólne moczu;</li> <li>6) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>7) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywana tomografia komputerowa tej okolicy.</li> </ol> <p><b>Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia cetuksymabem lub panitumumabem:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie stężenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) kreatyniny,</li> <li>b) bilirubiny</li> </ol> – w surowicy;</li> <li>3) oznaczenie stężenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) transaminaz (AspAT, AlAT),</li> <li>b) fosfatazy alkalicznej,</li> <li>c) magnezu</li> </ol> – w surowicy;</li> <li>4) ocena powikłań skórnych;</li> <li>5) inne badanie w razie wskazań klinicznych.</li> </ol>
--	---	---

<p>6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;</p> <p>7) stan sprawności w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;</p> <p>8) wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:</p> <p>a) liczba płytek krwi większa lub równa <math>1,5 \times 10^5/\text{mm}^3</math>,</p> <p>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa <math>1500/\text{mm}^3</math>,</p> <p>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe <math>10,0 \text{ g/dl}</math>;</p> <p>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:</p> <p>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),</p> <p>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;</p> <p>11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFIRI;</p> <p>12) wykluczenie ciąży;</p> <p>13) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);</p> <p>14) przeciwwskazania do zastosowania panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne:</p> <p>a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,</p> <p>b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.</p> <p>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (<u>w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez panitumumabu</u>).</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia</b></p>	<p><b>Triflurydyna w skojarzeniu z typiracylem</b> - zalecana dawka początkowa u dorosłych to <math>35 \text{ mg/m}^2 \text{ pc.}</math> /dawkę podawana doustnie dwa razy na dobę od 1. do 5. dnia oraz od 8. do 12. dnia każdego 28-dniowego cyklu, podawana tak długo, jak długo obserwuje się korzyści z leczenia lub do momentu wystąpienia niemożliwych do zaakceptowania objawów toksyczności.</p> <p>Dawkowanie oblicza się na podstawie powierzchni ciała pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Dawkę należy zaokrąglić do najbliższej wartości zwiększanej o 5 mg. Nie należy przekraczać <math>80 \text{ mg/dawkę}</math>. Jeśli dawki pominięto lub wstrzymano, pacjent nie powinien przyjąć pominiętych dawek.</p>	<p>Jeżeli cetuksymab lub panitumumab stosowany jest łącznie z chemioterapią (pierwsza linia leczenia) to badanie morfologii krwi, oznaczenie stężenia kreatyniny oraz ocenę powikłań skórnych wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia, a pozostałe badania przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia.</p> <p>Jeżeli panitumumab lub cetuksymab stosowane są w monoterapii (trzecia linia leczenia), to ocenę powikłań skórnych wykonuje się przed każdym podaniem leku, a pozostałe badania nie rzadziej niż co miesiąc.</p> <p>Badania należy wykonać zawsze w przypadku wskazań klinicznych.</p> <p><b>Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia bewacyzumabem:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie stężenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) kreatyniny,</li> <li>b) bilirubiny <ul style="list-style-type: none"> <li>– w surowicy;</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>3) oznaczenie aktywności: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) transaminaz (AspAT, AlAT),</li> <li>b) fosfatazy alkalicznej <ul style="list-style-type: none"> <li>– w surowicy;</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>4) badanie ogólne moczu;</li> <li>5) pomiar ciśnienia tętniczego;</li> <li>6) inne badanie w razie wskazań klinicznych.</li> </ol>
--	--	--

Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) objawy nadwrażliwości na panitumumab lub jakiegokolwiek składnik chemioterapii;
- 2) progresja choroby w trakcie leczenia;
- 3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;
- 4) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenie płuc;
- 5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.

### IV. Leczenie pierwszej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab w skojarzeniu z chemioterapią według schematu FOLFOX

#### 1. Kryteria kwalifikowania

- 1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;
- 2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);
- 3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;
- 4) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu choroby przerzutowej;
- 5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja BRAF V600E;
- 6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;
- 7) stan sprawności w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;
- 8) wiek powyżej 18. roku życia;
- 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:

Badanie morfologii krwi, oznaczenie stężenia kreatyniny oraz pomiar ciśnienia tętniczego wykonuje się przed rozpoczęciem każdego cyklu leczenia, a pozostałe badania przed rozpoczęciem co drugiego cyklu leczenia. Badania należy zawsze wykonać w przypadku wskazań klinicznych.

#### Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia afliberceptem:

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia:
  - a) kreatyniny,
  - b) bilirubiny– w surowicy;
- 3) oznaczenie aktywności:
  - a) transaminaz (AspAT, AlAT),
  - b) fosfatazy alkalicznej– w surowicy;
- 4) badanie ogólne moczu;
- 5) pomiar ciśnienia tętniczego;
- 6) inne badanie w razie wskazań klinicznych.

Morfologię krwi z rozmazem wykonuje się w odstępach 2-tygodniowych lub przed rozpoczęciem kolejnego cyklu leczenia jeżeli podanie leku było opóźnione. Pozostałe badania wykonuje się w odstępach 4-tygodniowych (co drugi cykl leczenia) lub przed rozpoczęciem kolejnego cyklu terapii jeżeli podanie leku było opóźnione lub w przypadku zaistnienia wskazań klinicznych.

<p>a) liczba płytek krwi większa lub równa <math>1,5 \times 10^5/\text{mm}^3</math>,</p> <p>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa <math>1500/\text{mm}^3</math>,</p> <p>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe <math>10,0 \text{ g/dl}</math>;</p> <p>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:</p> <p>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),</p> <p>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;</p> <p>11) możliwa do zastosowania (nieobecność przeciwwskazań) chemioterapia wielolekowa według schematu FOLFOX;</p> <p>12) 12-miesięczny odstęp od zakończenia uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej zawierającej oksaliplatynę;</p> <p>13) wykluczenie ciąży;</p> <p>14) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);</p> <p>15) przeciwwskazania do zastosowania panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne:</p> <p>a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,</p> <p>b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.</p> <p>Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (<u>w przypadku niespełnienia kryteriów – chemioterapia wielolekowa lub jednolekowa bez panitumumabu</u>).</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia</b></p> <p>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p>		<p><b>Monitorowanie skuteczności leczenia afliberceptem, bewacyzumabem, cetuksymabem lub panitumumabem:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie KT odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>2) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT klatki piersiowej;</li> <li>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p>Badania wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nie rzadziej niż w odstępach 12-tygodniowych z możliwością 2-tygodniowego opóźnienia daty wykonania w przypadkach uzasadnionych przesunięć w realizowaniu leczenia;</li> <li>2) w chwili wyłączenia z programu, o ile nastąpiło z innych przyczyn niż udokumentowana progresja choroby;</li> <li>3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych.</li> </ol> <p>Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST.</p> <p><b>Monitorowanie leczenia terapią skojarzoną triflurydyną oraz typiracylem</b></p> <p>Badanie przeprowadzane przed każdym cyklem podania leku:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) stężenie bilirubiny całkowitej;</li> <li>3) stężenie kreatyniny;</li> </ol>
--	--	--

<p>1) objawy nadwrażliwości na panitumumab lub jakiegokolwiek składnik chemioterapii;</p> <p>2) progresja choroby w trakcie leczenia;</p> <p>3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;</p> <p>4) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenie płuc;</p> <p>5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.</p> <p><b>V. Leczenie drugiej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej bewacyzumab – wyłącznie u chorych, którzy nie otrzymali wymienionego leku podczas pierwszej linii leczenia.</b></p> <p><b>1. Chemioterapia według schematu FOLFOX-4 z bewacyzumabem w przypadku chorych, którzy otrzymali irynotekan w pierwszej linii leczenia zaawansowanego nowotworu. Do leczenia nie mogą być kwalifikowani chorzy, którzy otrzymali oksaliplatynę podczas uzupełniającej chemioterapii pooperacyjnej (kryterium wyłączenia).</b></p> <p>Kryteria kwalifikowania – stan sprawności w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO oraz typowe dla chemioterapii i umieszczone w punkcie 1. w przypadku stosowania bewacyzumabu w pierwszej linii z wyjątkiem punktów 4), 5), 6), 8) i 12).</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia</b></p> <p>Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) objawy nadwrażliwości na bewacyzumab lub jakiegokolwiek składnik chemioterapii;</p>		<p>4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT);</p> <p>5) badanie ogólne moczu;</p> <p>Odpowiednie badania obrazowe wykonywane nie rzadziej niż co 8 tygodni lub w razie podejrzenia progresji choroby.</p> <p><b>Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy IX pkt. 1, powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.</b></p> <p><b>Monitorowanie programu</b></p> <p>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej) zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ;</p> <p>4) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy IX pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania</p>
---	--	---



- 2) progresja choroby w trakcie leczenia;
- 3) długotrwałe i istotne kliniczne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;
- 4) utrzymujący się białkomocz stopnia co najmniej 2. wg CTCAE;
- 5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.

## **VI. Leczenie drugiej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej aflibercept**

### **1. Kryteria kwalifikowania**

- 1) histologicznie potwierdzony raka jelita grubego;
- 2) potwierdzenie uogólnienia nowotworu, tj. obecności przerzutów w narządach odległych na podstawie wyników badań obrazowych;
- 3) brak możliwości wykonania radykalnej metastazektomii;
- 4) udokumentowana nieskuteczność zastosowanej w zaawansowanym stadium chemioterapii pierwszej linii z udziałem fluoropirymidyny i oksaliplatyny;
- 5) niestosowanie wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem irynotekanu lub afliberceptu;
- 6) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie według klasyfikacji RECIST;
- 7) stan sprawności ogólnej:
  - 0 według klasyfikacji Zubroda-WHO i dowolna liczba przerzutów w narządach odległych lub
  - 1 według klasyfikacji Zubroda-WHO i jedna lokalizacją przerzutu w narządach odległych;
- 8) wiek powyżej 18. roku życia;
- 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:
  - a) liczba płytek krwi większa lub równa  $1,5 \times 10^5/\text{mm}^3$ ,

programów lekowych.

<p>b) bezwzględna liczba neutrofilii większa lub równa 1500/mm<sup>3</sup>,</p> <p>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;</p> <p>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:</p> <p>a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),</p> <p>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>c) stężenie kreatyniny w granicach normy;</p> <p>11) wykluczenie ciąży;</p> <p>12) nieobecność przerzutów w mózgu (w przypadku objawów klinicznych ze strony ośrodkowego układu nerwowego konieczne jest wykluczenie przerzutów na podstawie badania obrazowego);</p> <p>13) nieobecność przeciwwskazań do chemioterapii według schematu FOLFIRI;</p> <p>14) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania afliberceptu, którymi są:</p> <p>a) nieusunięta pierwotna zmiana nowotworowa w jelicie grubym (pacjenci kwalifikowani do leczenia afliberceptem muszą mieć wykonaną resekcję pierwotnej zmiany w jelicie grubym),</p> <p>b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,</p> <p>c) nie poddające się kontroli nadciśnienie tętnicze,</p> <p>d) zastoinowa niewydolność krążenia klasy III lub IV wg NYHA,</p> <p>e) tętniczy incydent zatorowo-zakrzepowy,</p> <p>f) żyłne zdarzenie zakrzepowo-zatorowe zagrażające życiu- stopień IV (w tym zatorowość płucna),</p> <p>g) choroby naczyniowe ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie,</p> <p>h) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia,</p> <p>i) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień,</p> <p>j) niegojące się rany,</p> <p>k) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu</p>		
---	--	--

kwalifikacji do leczenia,

- l) białkomocz  $\geq 2\text{g}/24$  godziny oznaczony w dobowej zbiorce moczu - jeśli poprzedzające badanie ogólne moczu było nieprawidłowe,
- m) nadwrażliwość na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

## **2. Określenie czasu leczenia**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

## **3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) objawy nadwrażliwości na aflibercept lub którykolwiek składnik chemioterapii według schematu FOLFIRI;
- 2) progresja choroby w trakcie leczenia;
- 3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji WHO;
- 4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności według klasyfikacji Zubroda-WHO do stopnia 2 lub wyższych.

## **VII. Leczenie trzeciej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem substancji czynnej panitumumab lub cetuksymab w monoterapii.**

### **1. Kryteria kwalifikowania**

- 1) histologicznie potwierdzony rak jelita grubego;
- 2) uogólnienie nowotworu (IV stopień zaawansowania);
- 3) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;
- 4) brak wcześniejszego leczenia panitumumabem lub cetuksymabem z powodu raka jelita grubego;

- 5) nieobecne mutacje w genach KRAS i NRAS (wykluczenie mutacji w eksonach 2., 3. i 4. obu genów) oraz nieobecna mutacja w genie BRAF V600E;
- 6) możliwa ocena odpowiedzi na leczenie zmian nowotworowych według klasyfikacji RECIST;
- 7) stan sprawności w stopniach 0-2 według klasyfikacji Zubroda-WHO;
- 8) wiek powyżej 18. roku życia;
- 9) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:
  - a) liczba płytek krwi większa lub równa  $0,75 \times 10^5/\text{mm}^3$ ,
  - b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa  $1000/\text{mm}^3$ ,
  - c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 8,0 g/dl;
- 10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:
  - a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),
  - b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,
  - c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy;
- 11) wykluczenie ciąży;
- 12) przerzuty w mózgu nieobecne (w przypadku objawów klinicznych – wykluczenie na podstawie badania obrazowego);
- 13) przeciwwskazania do zastosowania cetuksymabu lub panitumumabu – niżej wymienione – nieobecne:
  - a) włóknienie płuc lub śródmiąższowe zapalenia płuc,
  - b) nadwrażliwość na każdą substancję pomocniczą.

Wymagane jest spełnienie wszystkich kryteriów wymienionych wyżej (w przypadku niespełnienia kryteriów – brak standardowego leczenia).

## 2. Określenie czasu leczenia

Do czasu podjęcia decyzji o zakończeniu leczenia zgodnie z kryteriami wyłączenia.

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) objawy nadwrażliwości na cetuksymab lub panitumumab lub jakiegokolwiek składnik chemioterapii;
- 2) progresja choroby w trakcie leczenia;
- 3) długotrwałe i istotne działania niepożądane w stopniu równym lub większym niż 3. według klasyfikacji WHO;
- 4) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności do stopnia 3. lub 4. według klasyfikacji Zubroda-WHO.

## VIII. Leczenie trzeciej lub czwartej linii chorych na zaawansowanego raka jelita grubego z wykorzystaniem terapii skojarzonej triflurydyną oraz typiracylem.

### 1. Kryteria kwalifikowania

- 1) Potwierdzony histologicznie rak jelita grubego (ICD-10: C18 - C20)
- 2) potwierdzenie uogólnienia nowotworu, tj. obecności przerzutów w narządach odległych na podstawie badań obrazowych;
- 3) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie;
- 4) wiek  $\geq$  18 rok życia;
- 5) stan sprawności ogólnej według WHO 0-1;
- 6) wyniki badań laboratoryjnych zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 7) udokumentowana nieskuteczność wcześniejszej chemioterapii opartej na fluoropirymidynie, oksaliplatynie i irynotekanie, terapii z zastosowaniem leków anti-VEGF oraz leków anti-EGFR lub brak możliwości zastosowania wymienionych powyżej metod.

## **2. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie triflurydyną/typiracylem kontynuuje się do czasu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie.

## **3. Kryteria zakończenia udziału w programie**

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na triflurydynę/typiracyl lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) progresja choroby;
- 3) wystąpienie niemożliwych do zaakceptowania objawów toksyczności;
- 4) stan sprawności według WHO 3-4.

## **IX. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**

- 1) Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej.
- 2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.
- 3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.
- 4) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.

**LECZENIE RAKA WĄTROBOWOKOMÓRKOWEGO (ICD-10 C 22.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) histologiczne lub cytologiczne rozpoznanie raka wątrobowokomórkowego. W przypadku pacjentów z marskością wątroby w wywiadzie ze zmianami o średnicy &gt;1 cm możliwe jest odstępianie od rozpoznania histologicznego lub cytologicznego pod warunkiem uzyskania typowego obrazu dla HCC w tomografii komputerowej (TC) lub rezonansie magnetycznym z kontrastem (MRI), z obrazowaniem w trzech fazach: tętniczej, żylniej wrotnej i równowagi, ze wzmocnieniem w fazie tętniczej (zmiana hiperdensyjna) oraz wyplukiwaniem kontrastu z ogniska w fazie żylniej wrotnej lub równowagi (zmiana hipodensyjna);</p> <p>2) brak możliwości zastosowania leczenia miejscowego lub jego nieskuteczność;</p> <p>3) uprzednie nieskuteczne leczenie sorafenibem lub jego nietolerancja, pod warunkiem ustąpienia działań niepożądanych wynikających z poprzedzającej terapii— dotyczy leczenia kabozantynibem;</p> <p>4) stan sprawności 0-1 według WHO;</p> <p>5) czynnościowy stan wątroby w kategorii A na podstawie oceny według klasyfikacji Child-Pugh;</p> <p>6) nieobecność przerzutów poza wątrobą – dotyczy leczenia sorafenibem;</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>1) Sorafenib</p> <p>Sorafenib jest stosowany w dobowej dawce 800 mg (2 razy dziennie po 2 tabletki zawierające 200 mg) bez przerw. W przypadkach wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się nasilenia tych objawów oraz należy rozważyć zmniejszenie dobowej dawki sorafenibu do 400 mg dziennie (2 tabletki po 200 mg raz dziennie). Jeżeli istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w okresie 4 tygodni pomimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie. Jeżeli pomimo zmniejszenia dawki do 400 mg dziennie istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zredukować dawkę leku do 400 mg podawanych co drugi dzień. Dalsze redukcje dawki leku nie są możliwe - ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia sorafenibem lub kabozantynibem</b></p> <p>1) potwierdzenie raka wątrobowokomórkowego histologiczne lub cytologiczne lub radiologiczne przy pomocy kontrastowej trójfazowej dynamicznej CT lub MRI (u pacjentów z marskością wątroby);</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) badanie ogólne moczu</p> <p>4) oznaczenie stężenia mocznika, kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny, wapnia, białka, glukozy, albumin, AFP w surowicy;</p> <p>5) oznaczenie fosfatazy alkalicznej, antygenu HBS oraz przeciwciał anti-HCV w surowicy – dotyczy terapii sorafenibem;</p> <p>6) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego;</p> <p>7) tomografia komputerowa jamy brzusznej i klatki piersiowej w celu wykluczenia (sorafenib) lub oceny (kabozantynib) przerzutów pozawątrobowych);</p> <p>8) RTG klatki piersiowej;</p> <p>9) EKG;</p> <p>10) próba ciążowa (u kobiet w wieku rozrodczym);</p>

<p>7) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej, zgodnie z kryteriami RECIST wersja 1.1;</p> <p>8) wskaźniki morfologii krwi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 8,5 g/dl,</li> <li>b) liczba granulocytów większa lub równa <math>1,0 \times 10^9/l</math>,</li> <li>c) liczba płytek większa lub równa <math>60 \times 10^9/l</math>;</li> </ul> <p>9) wskaźniki czynności nerek - stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5-krotności górnej granicy normy;</p> <p>10) wskaźniki czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 3 mg/dl,</li> <li>b) stężenie AspAT i AlAT mniejsze lub równe 5-krotności górnej granicy normy,</li> <li>c) stężenie albumin większe lub równe 3 g/dl,</li> <li>d) INR mniejsze lub równe 2,3 lub czas protrombinowy przedłużony o maksymalnie 6 sekund powyżej górnej granicy normy – dotyczy terapii sorafenibem</li> </ul> <p>11) niestosowanie w przeszłości farmakologicznego leczenia przeciwnowotworowego z powodu raka wątrobowokomórkowego – dotyczy terapii sorafenibem;</p> <p>12) u kobiet w wieku rozrodczym wykluczenie ciąży na podstawie testu ciążowego.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) brak udokumentowanego rozpoznania raka wątrobowokomórkowego zgodnie z kryteriami włączenia;</li> </ul>	<p>2) Kabozantynib</p> <p>Dawkowanie kabozantynibu oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) - zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>11) pomiar ciśnienia tętniczego.</p> <p>12) Inne badania w razie wskazań klinicznych;</p> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) co 4 tygodnie (lub w chwili rozpoczynania kolejnego 28-dniowego kursu jeżeli leczenie było czasowo przerwane): <ul style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>b) oznaczenie stężenia kreatyniny, AspAT, AlAT, bilirubiny w surowicy,</li> <li>c) oznaczenie fosfatazy alkalicznej, – dotyczy terapii sorafenibem;</li> <li>d) pomiar ciśnienia tętniczego,</li> <li>e) inne - w razie wskazań klinicznych;</li> </ul> </li> <li>2) nie rzadziej niż co 12 tygodni (lub przed zakończeniem co trzeciego 28-dniowego kursu jeżeli leczenie było czasowo przerwane): <ul style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,</li> <li>b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego,</li> <li>c) tomografia komputerowa jamy brzusznej,</li> <li>d) tomografia komputerowa w innej lokalizacji – w zależności od umiejscowienia zmian przerzutowych (dotyczy terapii kabozantynibem)</li> <li>e) RTG klatki piersiowej,</li> <li>f) EKG,</li> <li>g) inne badania – w razie wskazań klinicznych;</li> </ul> </li> <li>3) zawsze w przypadku wskazań klinicznych:</li> </ul>
---	---	--



- 2) przebyta chemioterapia lub innego rodzaju farmakologiczne leczenie z powodu raka wątrobowokomórkowego – dotyczy terapii sorafenibem;
- 3) możliwość zastosowania leczenia miejscowego raka wątrobowokomórkowego;
- 4) brak wcześniejszego leczenia sorafenibem – dotyczy terapii kabozantynibem;
- 5) brak udokumentowanej nieskuteczności lub nietolerancji sorafeniu – dotyczy terapii kabozantynibem;
- 6) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze;
- 7) stan sprawności 2-4 według WHO;
- 8) obecność przerzutów poza wątrobą – dotyczy terapii sorafenibem;
- 9) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze;
- 10) obecność istotnych schorzeń współistniejących mogących wpływać na skuteczność i bezpieczeństwo terapii;
- 11) uszkodzenie szpiku kostnego, nerek lub wątroby (brak spełnienia laboratoryjnych kryteriów włączenia do programu);
- 12) ciąża lub karmienie piersią;
- 13) brak zgody na stosowanie efektywnej antykoncepcji (u mężczyzn lub u kobiet w okresie prokreacyjnym).

### 3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 4.

- a) oznaczenie poziomu AFP w surowicy,
- b) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego,
- c) tomografia komputerowa jamy brzusznej,
- d) RTG klatki piersiowej - niekonieczne w przypadku wykonania tomografii komputerowej klatki piersiowej
- e) EKG.

### 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**4. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) obiektywna progresja choroby w trakcie stosowania leku;
- 3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia, w tym istotnego pogorszenia stanu sprawności ogólnej;
- 4) istotne, w ocenie lekarza prowadzącego, pogorszenie jakości życia świadczeniobiorcy;
- 5) rezygnacja świadczeniobiorcy.

**LECZENIE NIEDROBNOKOMÓRKOWEGO LUB DROBNOKOMÓRKOWEGO RAKA PŁUCA (ICD-10 C 34)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) z zastosowaniem afatyni bu lub dakomityni bu (mutacja w genie EGFR).</b></p> <p>1.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub</li> <li>b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub</li> <li>c) raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS);</li> </ul> <p>1.2. Obecność mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu;</p> <p>1.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV);</p> <p>1.4. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p>	<p><b>1. Dawkowanie leków w programie</b></p> <p>Dawkowanie leków w programie i modyfikowanie leczenia powinno być zgodne z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikowaniu do leczenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Histologiczne lub cytologiczne potwierdzenie określonego typu niedrobnokomórkowego lub drobnokomórkowego raka płuca zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych;</li> <li>b) Potwierdzenie obecności odpowiednich czynników molekularnych (stan genów EGFR oraz ALK lub ROS1) oraz immunohistochemicznych (stopień ekspresji PDL1) zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych (w pierwszej kolejności należy wykonać badanie w kierunku mutacji w genie EGFR, co uzasadniają wytyczne postępowania diagnostycznego);</li> <li>c) Morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>d) Oznaczenia stężenia kreatyniny;</li> <li>e) Oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>f) Oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>g) Oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>h) Oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;</li> </ul>

<p>1.5. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększenia dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu. U chorych z planowanym leczeniem dakomitynibem nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym</p> <p>1.6. Wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>1.7. Sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów WHO lub ECOG;</p> <p>1.8. Nieobecność istotnych klinicznie chorób współwystępujących (szczególnie - niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, niestabilna choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatniego roku, komorowe zaburzenia rytmu wymagające leczenia);</p> <p>1.9. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>1.10. Czynność nerek umożliwiającą leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);</p> <p>1.11. Czynności wątroby umożliwiającą leczenie:</p> <p>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;</p> <p>1.12. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania afatynibu albo dakomitynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>1.13. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie;</p> <p>1.14. Wykluczenie stosowania wcześniejszego leczenia farmakologicznego niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium uogólnienia (obecność przerzutów) lub miejscowego zaawansowania;</p> <p>1.15. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz niezyskanie</p>	<p>i) Oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PD-L1;</p> <p>j) Test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>k) Elektrokardiografia (EKG);</p> <p>l) Badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;</p> <p>m) Inne badania obrazowe w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>2. Badania w celu monitorowania bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>a) Morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>b) Oznaczenia stężenia kreatyniny;</p> <p>c) Oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>d) Oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>e) Oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>f) Oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;</p> <p>g) Oznaczenie T3, T4 i TSH w przypadku stosowania inhibitorów PD1 lub PD L1;</p> <p>h) EKG;</p> <p>i) Oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej w przypadku aлектynibu albo brygatynibu.</p> <p>Wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4 tygodniowych z wyjątkiem badań czynnościowych tarczycy, które powinny być wykonywane co 8 tygodni.</p>
---	--

całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym.

Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.

**2. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu płuca) – ozymertynib (mutacja w genie EGFR) lub drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszego leczenia afatynibem, erlotynibem, dakomitynibem lub gefitynibem stosowanego z powodu zaawansowanego nowotworu) - ozymertynib (mutacja T790M w genie EGFR)**

2.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne:

- a) raka gruczołowego lub raka wielkokomórkowego, lub
- b) raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub wielkokomórkowego, lub
- c) raka niedrobnokomórkowego NOS;

2.2. W przypadku kwalifikacji do:

- a) pierwszej linii leczenia - obecność mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,
- b) drugiej linii leczenia - obecność mutacji T790M w genie EGFR potwierdzona z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu;

2.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV);

W przypadku pembrolizumabu stosowanego w monoterapii: Punkty a-h co 6-12 tygodni.

W przypadku durwalumabu: Punkty g-h co 12 tygodni.

W przypadku leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią:

- Punkty a-f przed każdym podaniem chemioterapii (w tym pemetreksedu w terapii podtrzymującej)
- Punkty g-h w odstępach 6-12 tygodniowych

W przypadku atezolizumabu w terapii niedrobnokomórkowego raka płuca wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 3-6 tygodniowych.

W fazie indukcji (podawanie atezolizumabu w skojarzeniu z karboplatiną i etopozydem w terapii drobnokomórkowego raka płuc) - wymienione badania (z wyjątkiem badań czynności tarczycy) powinny być wykonywane przed każdym cyklem. W fazie leczenia podtrzymującego atezolizumabem w monoterapii w terapii drobnokomórkowego raka płuca – wymienione badania (z wyjątkiem badań czynności tarczycy) powinny być wykonywane w odstępach 3-6 tygodniowych. Badania czynnościowe tarczycy powinny być wykonywane co 12 tygodni.

W przypadku niwolumabu wymienione badania powinny być wykonywane w odstępach 4-8 tygodniowych

W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia - w trakcie leczenia

<p>2.4. Progresa po zastosowaniu afatynibu, erlotynibu, gefitynibu lub dakomitynibu w pierwszej linii leczenia chorych na miejscowo zaawansowanego (bez możliwości zastosowania leczenia lokoregionalnego) lub uogólnionego niedrobnokomórkowego raka z mutacją aktywującą w genie EGFR – dotyczy stosowania ozymertynibu w drugiej linii leczenia;</p> <p>2.5. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p> <p>2.6. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu. U chorych z planowanym leczeniem dakomitynibem nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym;</p> <p>2.7. Wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>2.8. Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;</p> <p>2.9. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu (śródmiażdżowa choroba płuc, wrodzony zespół wydłużonego odstępu QTc, wydłużenie odstępu QTc w połączeniu z którymkolwiek z następujących zaburzeń: torsade de pointes, polimorficzny częstoskurcz komorowy, objawy ciężkich zaburzeń rytmu serca);</p> <p>2.10. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>2.11. Czynność nerek umożliwiającą leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);</p> <p>2.12. Czynność wątroby umożliwiającą leczenie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,</li> <li>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;</li> </ul>	<p>skojarzonego oznacza to konieczność wykonania badania co 6 tyg., natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tyg. (ważność badania - 14 dni).</p> <p>W monitorowaniu bezpieczeństwa leczenia skojarzonego docetaksem i nintedanibem należy uwzględnić inne parametry laboratoryjne - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego docetaksel.</p> <p>W przypadku alektynibu albo brygatynibu oznaczenie aktywności kinazy fosfokreatynowej powinno być wykonywane co 2 tygodnie w ciągu pierwszego miesiąca a następnie w razie wskazań klinicznych.</p> <p><b>3. Badania w celu monitorowania skuteczności leczenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza;</li> <li>b) Inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej.</li> </ul> <p>Określenie odpowiedzi na leczenie powinno być wykonywane z wykorzystaniem metody identycznej do wykorzystanej podczas kwalifikowania do leczenia.</p> <p>Badania wykonywane są co 3 miesiące.</p> <p>W przypadku terapii atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca - co 2 cykle.</p> <p>W przypadku nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia - w trakcie leczenia skojarzonego oznacza to konieczność wykonania</p>
---	--

<p>2.13. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania ozymertynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>2.14. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie;</p> <p>2.15. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata włosów);</p> <p>2.16. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz niezyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym.</p> <p>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>3. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pacjentów z rearanżacją w genie ALK przy wykorzystaniu substancji czynnej:</b></p> <p>a) kryzotyńb (rearanżacja genów ALK lub ROS1) w pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) oraz w drugiej lub trzeciej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu lub chemioterapii jednolekowej stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),</p> <p>b) alektynib (rearanżacja genów ALK) albo cerytynib (rearanżacja genów ALK) albo brygatynib (rearanżacja genów ALK) w pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo w leczeniu pacjentów z zaawansowanym ALK-dodatnim niedrobnokomórkowym rakiem płuca po niepowodzeniu terapii innym inhibitorem ALK,</p> <p>c) lorlatynib (rearanżacja genów ALK) w leczeniu pacjentów z progresją po zastosowaniu inhibitorów ALK drugiej generacji u chorych na miejscowo zaawansowanego (bez możliwości zastosowania leczenia</p>	<p>badania co 6 tyg., natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tyg. (ważność badania - 14 dni).</p> <p>W przypadku pembrolizumabu stosowanego w monoterapii lub w skojarzeniu z chemioterapią wymienione badania wykonywane są co 9 -12 tygodni.</p> <p>W monitorowaniu bezpieczeństwa leczenia skojarzonego docetaksem i nintedanibem należy uwzględnić inne parametry laboratoryjne - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego docetaksel.</p> <p>Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 11. pkt. 11.1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>a) Gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);</p> <p>b) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (system monitorowania programów terapeutycznych - SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p>
---	---

**lokoregionalnego) lub uogólnionego raka niedrobnokomórkowego płuca.**

- 3.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne gruczolakoraka płuca lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą tkania gruczolakoraka (w przypadku alektynibu albo lorlatynibu dodatkowo dopuszcza się rozpoznanie raka wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca bez ustalonego typu histologicznego NOS);
- 3.2. Obecność rearanżacji w genie ALK na podstawie badania immunohistochemicznego (IHC) lub fluoroscencyjnej hybrydyzacji in situ (ang. fluorescencje in situ hybridisation - FISH) lub sekwencjonowania nowej generacji (ang. new-generation sequencing - NGS) z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu lub obecność rearanżacji w genie ROS-1 na podstawie badania metodą fluoroscencyjnej hybrydyzacji in situ (FISH) lub sekwencjonowania nowej generacji (ang. new-generation sequencing - NGS) z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu;
- 3.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV) lub progresja po zastosowaniu chemioterapii lub/i jednego z leków anty-ALK u chorych na niedrobnokomórkowego raka w stadium miejscowego zaawansowania lub uogólnienia;
- 3.4. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;
- 3.5. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększenia dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu (w przypadku alektynibu, cerytynibu albo brygatynibu nieobecność

- c) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ);
- d) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 11. pkt. 11.1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.



objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu);

3.6. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata włosów);

3.7. Wiek powyżej 18 roku życia;

3.8. Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;

3.9. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu (niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, niestabilna choroba wieńcowa, zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatniego roku, komorowe zaburzenia rytmu wymagające leczenia);

3.10. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;

3.11. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);

3.12. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie:

a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,

b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;

3.13. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania kryzotynibu lub alektynibu lub cerytynibu lub brygatynibu lub lorlatynibu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;

3.14. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

<p><b>4. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) przy wykorzystaniu substancji czynnej pembrolizumab:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) <b>Rak płaskonabłonkowy i niepłaskonabłonkowy oraz ekspresja PD-L1 <math>\geq</math> 50% – pembrolizumab w monoterapii</b></li><li>b) <b>Rak niepłaskonabłonkowy oraz ekspresja PD-L1 <math>&lt;</math> 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny</b></li><li>c) <b>Rak płaskonabłonkowy oraz ekspresja PD-L1 <math>&lt;</math> 50% – pembrolizumab w skojarzeniu z paklitaksemem i karboplatiną</b></li></ul> <p>4.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca (rak płaskonabłonkowy lub niepłaskonabłonkowy);</p> <p>4.2. Niestosowanie wcześniejszego farmakologicznego leczenia systemowego niedrobnokomórkowego raka płuca w stadium uogólnienia (obecność przerzutów); za leczenie systemowe nie uznaje się leczenia uzupełniającego pooperacyjnego oraz chemioterapii stosowanej podczas skojarzonej radiochemioterapii w stadium miejscowego zaawansowania;</p> <p>4.3. Ocena ekspresji PD-L1 na komórkach nowotworowych z wykorzystaniem metody wskazanej w Charakterystyce Produktu Leczniczego pembrolizumabu lub przy użyciu koncentratu przeciwciała DAKO 22C3 lub przeciwciała Ventana SP263 w zakresie następujących kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 50% lub większy - kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu w monoterapii</li><li>b) odsetek komórek nowotworowych z ekspresją PD-L1 poniżej 50% - kryterium kwalifikacji do stosowania pembrolizumabu w skojarzeniu:<ul style="list-style-type: none"><li>i. w raku niepłaskonabłonkowym – w schemacie: pembrolizumab w skojarzeniu z pemetreksedem i pochodną platyny (karboplatiną albo cisplatiną) w leczeniu indukcyjnym (4 podania co 3 tygodnie), a następnie pembrolizumab z pemetreksedem w leczeniu podtrzymującym;</li></ul></li></ul>		
--	--	--

<p>ii. w raku płaskonabłonkowym - w schemacie: pembrolizumab w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatiną w leczeniu indukcyjnym (4 podania co 3 tygodnie) a następnie pembrolizumab w leczeniu podtrzymującym;</p> <p>4.4. Wykluczenie mutacji w genie EGFR oraz rearanżacji genów ALK i ROS1 w przypadku raka gruczołowego, wielkomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu;</p> <p>4.5. Zaawansowanie kliniczne w stopniu IV;</p> <p>4.6. Obecność zmian możliwych do oceny w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1;</p> <p>4.7. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększenia dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu;</p> <p>4.8. Wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>4.9. Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>4.10. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia;</p> <p>4.11. Nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;</p> <p>4.12. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktu Leczniczego pembrolizumabu, pemetreksedu, paklitakselu i pochodnych platyny;</p> <p>4.13. Czynność nerek umożliwiająca leczenie:</p>		
---	--	--

<p>a) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy dla monoterapii pembrolizumabem;</p> <p>b) klirens kreatyniny powyżej lub równy 45 ml/min - dla leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią zawierającą karboplatynę;</p> <p>c) klirens kreatyniny powyżej lub równy 60 ml/min - dla leczenia skojarzonego pembrolizumabem z chemioterapią zawierającą cisplatynę i pemetreksed;</p> <p>4.14. Czynność wątroby umożliwiającą leczenie:</p> <p>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;</p> <p>4.15. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania pembrolizumabu, pemetreksedu, paklitakselu, pochodnych platyny określonych w odpowiednich Charakterystykach Produktu Leczniczego;</p> <p>4.16. Wykluczenie jednoczesnego stosowania leków ukierunkowanych molekularnie;</p> <p>4.17. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym;</p> <p>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>5. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu) z zastosowaniem niwolumabu w raku płaskonabłonkowym lub niepłaskonabłonkowym (niezależnie od stopnia ekspresji PDL1) oraz atezolizumabu w raku płaskonabłonkowym lub niepłaskonabłonkowym (niezależnie od stopnia ekspresji PDL1)</b></p> <p>5.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca o typie płaskonabłonkowym lub niepłaskonabłonkowym;</p>		
---	--	--

<p>5.2. Wykluczenie mutacji w genie EGFR oraz rearanżacji genu ALK w przypadku raka gruczołowego, wielkokomórkowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca NOS z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu;</p> <p>5.3. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV);</p> <p>5.4. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p> <p>5.5. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększenia dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu;</p> <p>5.6. Wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>5.7. Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>5.8. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia;</p> <p>5.9. Nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie wyłącznej suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;</p> <p>5.10. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>5.11. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);</p> <p>5.12. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie:</p> <p>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,</p>		
---	--	--

<p>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;</p> <p>5.13. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania niwolumabu lub atezolizumabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>5.14. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz leków ukierunkowanych molekularnie;</p> <p>5.15. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek: utrata włosów);</p> <p>5.16. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym.</p> <p>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>6. Kryteria kwalifikowania chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia drugiej linii (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu) z zastosowaniem nintedanibu</b></p> <p>6.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne raka gruczołowego lub niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą gruczolakoraka;</p> <p>6.2. Zaawansowanie miejscowe (stopień III - z wyjątkiem przypadków, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnienie (stopień IV);</p> <p>6.3. Obecność zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych;</p> <p>6.4. Nieobecność objawowych przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania</p>		
---	--	--

<p>dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu;</p> <p>6.5. Wiek powyżej 18. roku życia;</p> <p>6.6. Sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>6.7. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia; leczenia (ze szczególnym uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego);</p> <p>6.8. Wykluczenie współwystępowania w przeszłości choroby zakrzepowo-zatorowej;</p> <p>6.9. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiającą leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>6.10. Czynność nerek umożliwiającą leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);</p> <p>6.11. Czynność wątroby umożliwiającą leczenie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,</li><li>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy;</li></ul> <p>6.12. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania nintedanibu;</p> <p>6.13. Wykluczenie wcześniejszego stosowania docetakselu oraz leków antyangiogennych;</p> <p>6.14. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek - utrata włosów);</p> <p>6.15. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym.</p> <p>Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.</p>		
--	--	--

<p><b>7. Kryteria kwalifikowania chorych na miejscowo zaawansowanego, nieoperacyjnego niedrobnokomórkowego raka płuca do leczenia konsolidującego durwalumabem</b></p> <p>7.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne niedrobnokomórkowego raka płuca;</p> <p>7.2. Zaawansowanie kliniczne w stopniu III, chorzy poddani radykalnej jednoczasowej radiochemioterapii z zastosowaniem pochodnych platyny;</p> <p>7.3. Chorzy, u których nie nastąpiła progresja choroby po radiochemioterapii – stan potwierdzony w badaniu TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza wykonanym w okresie do 6 tygodni po zakończeniu napromieniania;</p> <p>7.4. Ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem (wyjątek – utrata włosów);</p> <p>7.5. Stan sprawności 0 lub 1 wg WHO lub ECOG;</p> <p>7.6. Wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>7.7. Wykluczenie współwystępowania chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą właściwego leczenia;</p> <p>7.8. Nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu 1., niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy i bielactwa;</p> <p>7.9. Czynność układu krwiotwórczego umożliwiająca leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>7.10. Czynność nerek umożliwiająca leczenie (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);</p> <p>7.11. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;</li><li>b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy;</li></ul> <p>7.12. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania durwalumabu określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p>		
--	--	--



7.13. Wykluczenie jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz leków ukierunkowanych molekularnie;

7.14. Wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz niezyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym);

Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.

**8. Kryteria kwalifikowania chorych na drobnokomórkowego raka płuca do leczenia pierwszej linii z zastosowaniem atezolizumabu (w skojarzeniu z karboplatiną oraz etopozydem w fazie indukcji)**

8.1. Rozpoznanie histologiczne lub cytologiczne drobnokomórkowego raka płuca;

8.2. Zaawansowanie kliniczne: stadium choroby rozległej wg klasyfikacji VASLG (ang. extensive-stage small cell lung cancer, ES-SCLC);

8.3. Obecność zmian możliwych do oceny odpowiedzi obiektywnej w badaniach obrazowych wg aktualnych kryteriów RECIST;

8.4. Nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym;

8.5. Wiek  $\geq$  18. roku życia;

8.6. Stopień sprawności 0-1 według kryteriów WHO/ECOG;

8.7. Brak współwystępujących chorób o istotnym klinicznie znaczeniu bez możliwości kontroli za pomocą odpowiedniego leczenia;

8.8. Nieobecność przeciwwskazań do zastosowania chemioterapii w tym odpowiednia czynność układu krwiotwórczego;

8.9. Czynność nerek umożliwiająca leczenie: (stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy);

8.10. Czynność wątroby umożliwiająca leczenie

- a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta, u których stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy);

b) aktywność transaminaz i zasadowej fosfatazy nieprzekraczająca 3-krotnie górnej granicy normy a w przypadku przerzutów do wątroby 5-krotnie górnej granicy normy;

8.11. Nieobecność przeciwwskazań do stosowania atezolizumabu, określonych w charakterystyce produktu leczniczego;

8.12. Niewystępowanie innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym;

8.13. Nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyjątkiem cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy w trakcie suplementacji hormonalnej, łuszczycy, wyprysku, liszaja płaskiego i bielactwa

Kryteria kwalifikowania muszą być spełnione łącznie.

#### **9. Określenie czasu leczenia w programie**

**9.1. Inhibitory tyrozynowej kinazy EGFR (afatynib, dakomitynib, ozymertyni b) lub ALK/ROS1 (kryzotylinib, alektynib, cerytynib, brygatynib, lorlatynib) lub inhibitor angiogenezy (nintedanib)**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami terapii określonymi w punktach 9.1.1., 9.1.2., 9.1.3. oraz z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 10.

9.1.1. Stosowanie leków anty-EGFR (w ramach pierwszej linii (afatynib, dakomitynib, ozymetrynib) lub drugiej linii leczenia (ozymetrynib)) lub anty-ROS1 lub anty-ALK (w ramach pierwszej, drugiej lub trzeciej linii leczenia) lub inhibitorów angiogenezy jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych;

9.1.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):

a) przed leczeniem - nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku;

b) w czasie leczenia - co 3 miesiące (ważność badania - 14 dni) lub w przypadku stosowania nintedanibu badania wykonywane są co 2 cykle leczenia - w trakcie leczenia skojarzonego oznacza to konieczność wykonania badania co 6 tyg., natomiast w trakcie monoterapii nintedanibem co 8 tyg. (ważność badania - 14 dni);

#### 9.1.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.:

a) zmiany pierwotnej - badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza (jeżeli pierwotny guz płuca nie istnieje w przypadku stanu po resekcji mięszu płuca lub rozpoznania nowotworu płuca bez ustalenia ogniska pierwotnego, to konieczne jest wykazanie w badaniach obrazowych przerzutowych zmian mierzalnych lub policzalnych zmian niemierzalnych);

b) zmian przerzutowych - badanie TK lub inne badania obrazowe (np. ultrasonografia - USG, magnetyczny rezonans - MR, scyntygrafia kości i inne), przy czym badania obrazowe podczas leczenia powinny obejmować ocenę zmian stwierdzonych przed rozpoczęciem leczenia. W przypadku pojawienia się przynajmniej jednej – nowej – zmiany w obrębie OUN u chorych leczonych systemowo inhibitorami EGFR dopuszcza się kontynuowanie leczenia w skojarzeniu z radioterapią. Wówczas – w okresie 3 dni przed oraz podczas radioterapii OUN – zaleca się przerwanie leczenia systemowego);

#### 9.2. Inhibitory PD1 (pembrolizumab, niwolumab) lub PDL1 (atezolizumab)

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami terapii określonymi w punktach 9.2.1., 9.2.2., 9.2.3 oraz z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 10.

9.2.1. Stosowanie pembrolizumabu w monoterapii lub pembrolizumabu w skojarzeniu z pemeteksedem i pochodnymi platyny lub pembrolizumabu w skojarzeniu z paklitakselem i karboplatiną (I linia leczenia), niwolumabu (II linia leczenia) lub atezolizumabu (II linia leczenia w terapii niedrobnokórkowego raka

płuc lub I linia leczenia w terapii drobnokomórkowego raka płuc) jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby wg. kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03 lub wystąpienia poważnych działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia. Podczas stosowania w/w leków możliwe jest okresowe przerwanie leczenia w przypadkach wystąpienia:

- a) zapalenia płuc w stopniu 2. lub większym;
- b) biegunki lub objawów zapalenia jelita grubego w stopniu 2. lub większym;
- c) aktywności transaminaz większej niż 3-krotna i mniejszej niż 5-krotna wartość górnej granicy normy lub stężenia bilirubiny całkowitej większej niż 1,5-krotna i mniejszej niż 3-krotna wartość górnej granicy normy;
- d) stężenia kreatyniny większego niż 1,5-krotna i mniejszego niż 6-krotna wartość górnej granicy normy lub zwiększenia powyżej 1,5-krotności wartości stwierdzonej przed leczeniem;
- e) innych niepożądanych działań w stopniu 3. lub większym;

9.2.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):

- a) przed leczeniem - nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku;
- b) w czasie leczenia - co 3 miesiące (w przypadku terapii atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca - co 2 cykle)(ważność badania - 14 dni);

9.2.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.:

- a) zmiany pierwotnej - badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza (jeżeli pierwotny guz płuca nie istnieje w przypadku stanu po resekcji mięszu płuca lub rozpoznania nowotworu płuca bez ustalenia ogniska pierwotnego, to konieczne jest wykazanie w badaniach obrazowych przerzutowych zmian mierzalnych lub policzalnych zmian niemierzalnych);
- b) zmian przerzutowych - badanie TK lub inne badania obrazowe (np. ultrasonografia - USG, magnetyczny rezonans - MR, scyntygrafia kości i

inne), przy czym badania obrazowe podczas leczenia powinny obejmować ocenę zmian stwierdzonych przed rozpoczęciem leczenia.

W przypadku terapii atezolizumabem w drobnokomórkowym raku płuca dopuszcza się profilaktyczną radioterapię OUN w trakcie stosowania atezolizumabu w fazie leczenia podtrzymującego (monoterapia).

### 9.3. Inhibitor PDL1 (durwalumab)

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z zasadami określonymi w punktach 9.3.1., 9.3.2 i 9.3.3 oraz kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w punkcie 10.

9.3.1. Stosowanie durwalumabu jest prowadzone do stwierdzenia progresji choroby lub wystąpienia nieakceptowalnej toksyczności lub maksymalnie przez 12 miesięcy. Podczas stosowania durwalumabu możliwe jest okresowe przerwanie leczenia zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego w przypadkach wystąpienia działań niepożądanych wymienionych w sekcji 4.2 Charakterystyki Produktu Leczniczego.

9.3.2. W czasie leczenia konieczne jest wykonywanie badań obrazowych (dodatkowe badania obrazowe wykonuje się w zależności od sytuacji klinicznej):

- a) przed leczeniem – w okresie do 6 tygodni od zakończenia radiochemioterapii;
- b) w czasie leczenia – co 3 miesiące (ważność badania – 14 dni).

9.3.3. Badania obrazowe obejmują ocenę według kryteriów RECIST 1.1.:

- a) zmiany pierwotnej – badanie tomografii komputerowej (TK) klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza.

## 10. Kryteria wyłączenia z programu

10.1. Wystąpienie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub/i obrazowym ocenionej według kryteriów skali RECIST 1.1. (wyjątek stanowi pojawienie się co najmniej jednej nowej zmiany w obrębie OUN kiedy to dopuszcza się kontynuowanie leczenia inhibitorami EGFR w skojarzeniu z leczeniem miejscowym (radioterapia, chirurgia)– punkt numer 9.1.3 pkt b):

<p>a) powiększenie się istniejących zmian o przynajmniej 20%, lub</p> <p>b) wyraźne powiększenia się istniejących zmian niemierzalnych, lub</p> <p>c) pojawienie się przynajmniej jednej nowej zmiany z wyjątkiem chorych z progresją w obrębie OUN leczonych kryzotynibem albo alektynibem albo cerytynibem albo brygatynibem albo lorlatynibem, u których dopuszcza się kontynuowanie leczenia w skojarzeniu z radioterapią OUN (wówczas w okresie 3 dni przed oraz podczas radioterapii OUN konieczność przerywania leczenia kryzotynibem lub alektynibem lub cerytynibem lub brygatynibem lub lorlatynibem);</p> <p>10.2. Pogorszenie (istotne klinicznie) stanu chorego w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;</p> <p>10.3. Wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03. (ang. common terminology criteria for adverse events - version 4.03.);</p> <p>10.4. Wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03. (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. lub 2. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03.);</p> <p>10.5. Wystąpienie nadwrażliwości na lek lub na substancję pomocniczą;</p> <p>10.6. Wystąpienie autoimmunologicznego zapalenia narządowego o nasileniu w stopniach wyższych niż wymienione w punkcie 9.2.1. podczas stosowania inhibitorów PD1 lub PDL1;</p> <p>10.7. Obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów WHO lub ECOG;</p> <p>10.8. Przerwanie stosowania inhibitorów EGFR i ALK oraz ROS1 dłuższe niż 3 tygodnie wskutek wystąpienia niepożądanych działań leczenia;</p> <p>10.9. Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>10.10. Wycofanie zgody na udział w programie (rezygnacja chorego);</p>		
---	--	--

10.11. Po upływie 12 miesięcznego okresu leczenia (maksymalnie 26 podań leku) - dotyczy stosowania durwalumabu.

**11. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**

11.1. Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej.

11.2. Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 11.1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.

11.3. Pacjenci, o których mowa w pkt. 11.1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.

11.4. Pacjenci, o których mowa w pkt. 11.1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.

**12. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych w ramach innego sposobu finansowania terapii**

12.1. Do programu włącza się pacjentów uprzednio leczonych afatynibem, ozymertynibem, kryzotynibem, alektynibem, brygatynibem, pembrolizumabem, niwolumabem, atezolizumabem, nintedanibem, durwalumabem, dakomitynibem lub lorlatynibem w ramach innego sposobu finansowania terapii w celu zapewnienia kontynuacji terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria włączenia oraz nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 10., a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 9.

12.2. Do programu włącza się pacjentów leczonych przed 1.01.2021 r. ozymertynibem lub pembrolizumabem, lub durwalumabem w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych (RDTL), o ile nie zachodzą przeciwwskazania do kontynuowania terapii.

**LECZENIE MIĘSAKÓW TKANEK MIĘKKICH (ICD-10 C48, C49)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Leczenie mięsaków tkanek miękkich trabektedyną</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji:</b></p> <p>1) rozpoznanie zaawansowanego miejscowo (nieresekcyjnego) lub przerzutowego mięsaka o typie histologicznym tłuszczakomięsaka (liposarcoma) lub mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma);</p> <p>2) stopień sprawności 0-1 według klasyfikacji WHO;</p> <p>3) należna masa ciała (dopuszczalny ubytek masy ciała mniejszy niż 10% wartości należnej);</p> <p>4) niewystępowanie poważnych chorób współistniejących o istotnym znaczeniu dla zastosowania chemioterapii;</p> <p>5) możliwość przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi na leczenie według kryteriów klasyfikacji RECIST;</p> <p>6) liczba granulocytów obojętnochłonnych (ANC) większa lub równa 1500/mm<sup>3</sup>;</p> <p>7) liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/mm<sup>3</sup>;</p> <p>8) stężenie bilirubiny nieprzekraczające górnej granicy normy;</p> <p>9) aktywność fosfatazy zasadowej mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy (jeżeli podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego, należy brać pod uwagę izoenzymy wątrobowe 5-nukleotyduzy lub GGT);</p> <p>10) poziom albuminy większy lub równy 25 g/l;</p> <p>11) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy;</p>	<p><b>1. Dawkowanie trabektedyny</b></p> <p>1.1 Zalecana dawka trabektedyny wynosi 1,5 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała.</p> <p>1.2 Podanie leku obejmuje wlew dożylny trwający 24 godziny. Lek podaje się przez cewnik w żyłę centralnej.</p> <p>1.3 Przerwa pomiędzy cyklami leczenia wynosi 3 tygodnie.</p> <p>1.4 W ramach premedykacji należy zastosować kortykosteroidy.</p> <p>1.5 Przed podaniem drugiej i kolejnych dawek leku muszą być spełnione łącznie następujące kryteria dotyczące parametrów biochemicznych:</p> <p>1) liczba granulocytów obojętnochłonnych (ANC) większa lub równa 1500/mm<sup>3</sup>;</p> <p>2) liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/mm<sup>3</sup>;</p> <p>3) stężenie bilirubiny nieprzekraczające górnej granicy normy;</p> <p>4) aktywność fosfatazy zasadowej mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy (jeżeli podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego, należy brać pod uwagę izoenzymy wątrobowe</p>	<p><b>1. Leczenie mięsaków tkanek miękkich trabektedyną</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:</b></p> <p>1) histologiczne potwierdzenie określonego typu mięsaka zgodnie z kryteriami włączenia - w przypadku diagnostyki mięsaka gładkokomórkowego konieczne wykonanie immunohistochemicznego oznaczenia desminy;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</p> <p>4) oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy lub klirens kreatyniny;</p> <p>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej (w tym 5-nukleotyduzy lub GGT, w przypadku gdy podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego);</p> <p>9) oznaczenie poziomu albumin w surowicy;</p> <p>10) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;</p> <p>11) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>12) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego odpowiednich okolic ciała.</p> <p><b>1.2. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>1) badania biochemiczne:</p>



<p>12) klirens kreatyniny większy lub równy 30 ml/min w przypadku monoterapii;</p> <p>13) stężenie kreatyniny w surowicy mniejsze lub równe 1,5 mg/dl (132,6 μmol/l) lub klirens kreatyniny większy lub równy 60 ml/min w przypadku terapii skojarzonej;</p> <p>14) poziom kinazy kreatynowej mniejszy lub równy 2,5-krotności górnej granicy normy;</p> <p>15) stężenie hemoglobiny większe lub równe 9 g/dl;</p> <p>16) udokumentowana progresja choroby podczas przynajmniej jednej linii chemioterapii z udziałem doksorubicyny lub ifosfamidu zastosowanej z powodu zaawansowanego miejscowo (nieresekcyjnego) lub przerzutowego mięsaka o typie histologicznym tłuszczakomięsaka (liposarcoma) lub mięsaka gładkokomórkowego (leiomyosarcoma);</p> <p>17) zastosowanie nie więcej niż 3 linii wcześniejszej chemioterapii. Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:</b></p> <p>1) nadwrażliwość na trabektedynę lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>2) współistniejące poważne lub niekontrolowane zakażenie;</p> <p>3) wystąpienie poważnej, nawracającej i trudno odwracalnej toksyczności (stopień 3-4) podczas wcześniejszej chemioterapii;</p> <p>4) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>5) jednoczesne podanie szczepionki przeciwko żółtej febrze.</p> <p><b>1.3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 1.4.</p> <p><b>1.4. Kryteria wyłączenia z programu:</b></p> <p>1) progresja choroby - oceniana zgodnie z kryteriami RECIST;</p> <p>2) działania niepożądane powyżej 2 stopnia według WHO</p>	<p>5-nukleotydazy lub GGT);</p> <p>5) poziom albuminy większy lub równy 25 g/l;</p> <p>6) aktywność aminotransferazy alaninowej (AIAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy;</p> <p>7) klirens kreatyniny większy lub równy 30 ml/min w przypadku monoterapii;</p> <p>8) stężenie kreatyniny w surowicy mniejsze lub równe 1,5 mg/dl (132,6 μmol/l) lub klirens kreatyniny większy lub równy 60 ml/min w przypadku terapii skojarzonej;</p> <p>9) poziom kinazy kreatynowej mniejszy lub równy 2,5-krotności górnej granicy normy;</p> <p>10) stężenie hemoglobiny większe lub równe 9 g/dl.</p> <p>1.6 W przypadku niespełnienia kryteriów określonych w ust. 1.5 należy opóźnić podanie trabektedyny aż do osiągnięcia przez parametry biochemiczne wymaganych wartości.</p> <p>1.7 Opóźnienie podania drugiej i kolejnych dawek leku nie może wynosić więcej niż 3 tygodnie. Brak spełniania w tym okresie kryteriów określonych w ust. 1.5 nakazuje zakończenie udziału w programie.</p> <p><b>2. Dawkowanie pazopanibu</b></p> <p>1) Zalecana dawka pazopanibu wynosi 800 mg raz na dobę.</p> <p>2) W zależności od indywidualnej tolerancji leczenia w celu opanowania działań</p>	<p>a) morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>b) oznaczenie stężenia hemoglobiny,</p> <p>c) oznaczenia stężenia kreatyniny w surowicy lub klirens kreatyniny,</p> <p>d) oznaczenie stężenia bilirubiny,</p> <p>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,</p> <p>f) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,</p> <p>g) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej (w tym 5-nukleotydazy lub GGT, w przypadku gdy podwyższenie aktywności fosfatazy zasadowej może być pochodzenia kostnego),</p> <p>h) oznaczenie poziomu albumin w surowicy,</p> <p>i) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej.</p> <p>Badania należy wykonywać raz w tygodniu podczas dwóch pierwszych cykli leczenia oraz co najmniej raz między zastosowaniem leku w kolejnych cyklach leczenia.</p> <p>2) badania obrazowe</p> <p>Badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego odpowiednich okolic ciała - wykonywane co 7-9 tygodni oraz nie rzadziej niż co 3 cykle terapii.</p> <p>Odpowiedź na leczenie należy oceniać zgodnie z kryteriami RECIST.</p> <p><b>2. Leczenie mięsaków tkanek miękkich pazopanibem</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:</b></p> <p>1) histologiczne potwierdzenie określonego typu mięsaka zgodnie z kryteriami włączenia;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) oznaczenie poziomu kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny;</p> <p>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p>
--	---	--

<p>(z wyłączeniem przejściowych objawów typowych dla leczenia trabektedyną);</p> <p>3) niespełnienie kryteriów wymaganych przy podaniu kolejnej dawki leku;</p> <p>4) rezygnacja pacjenta.</p> <p><b>2. Leczenie mięsaków tkanek miękkich pazopanibem</b></p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikacji:</b></p> <p>1) rozpoznanie histopatologiczne zaawansowanego (nieresekcyjnego lub przerzutowego) jednego z niżej wymienionych mięsaków tkanek miękkich:</p> <p>a) fibroblastycznego (włókniakomięsak dorosłych-ang. adult fibrosarcoma, śluzakowłókniakomięsak-ang.myxofibrosarcoma, stwardniały nabłonkowy włókniakomięsak- ang.sclerosing epithelioid fibrosarcoma, guz włóknisty-ang.malignant solitary fibrous tumour),</p> <p>b) fibrohistiocytarnego (pleomorficzny mięsak histiocytarny włóknisty-ang.pleomorphic malignant fibrous histiocytoma-MFH, giant cell MFH, inflammatory MFH),</p> <p>c) mięśniakomięsaka gładkokomórkowego-ang. leiomyosarcoma,</p> <p>d) złośliwego guza kłębka-ang. malignant glomus tumour,</p> <p>e) mięśniakomięsaka prążkowanokomórkowego pleomorficznego lub pęcherzykowego-ang. rhabdomyosarcoma pleomorphicum, rhabdomyosarcoma alveolare,</p> <p>f) guza naczyniowego (nabłonkowy śródbłoniak krwionośny-ang.epithelioid hemangioendothelioma, mięsaki naczyń krwionośnych-ang.angiosarcoma),</p> <p>g) guza o niepewnej histogenezie (mięsaki maziówkowe-ang.synovial sarcoma, mięsaki epitelioidalne-ang.epithelioid sarcoma, mięsaki pęcherzykowate-alveolar soft part sarcoma, mięsaki jasnokomórkowe-ang.clear cell sarcoma,</p>	<p>niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 200 mg.</p> <p>3) Dawka pazopanibu nie powinna być większa niż 800 mg.</p> <p><b>3. Dawkowanie sunitynibu</b></p> <p>1) Zalecana dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg raz na dobę.</p> <p>2) W zależności od indywidualnej tolerancji leczenia w celu opanowania działań niepożądanych dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo za każdym razem o 12,5 mg.</p>	<p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej;</p> <p>6) badania obrazowe do potwierdzenia progresji choroby wg RECIST;</p> <p>7) badanie elektrokardiograficzne;</p> <p>8) badanie echokardiograficzne;</p> <p>9) oznaczenie poziomu TSH;</p> <p>10) badanie tomografii komputerowej (ewentualnie rezonansu magnetycznego) klatki piersiowej i innej lokalizacji, pozwalające na ocenę lokalizacji, w której stwierdza się zmiany nowotworowe konieczne dla monitorowania leczenia;</p> <p>11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia:</b></p> <p>1) badania biochemiczne:</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>b) oznaczenia poziomu kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny,</p> <p>c) oznaczenie stężenia bilirubiny,</p> <p>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej.</p> <p>Badania wymienione w pkt 1 lit. a i b należy wykonywać co 4-6 tygodni lub częściej w przypadkach uzasadnionych klinicznie. Badania wymienione w pkt 1 lit. c i d należy wykonywać w 3., 5., 7. i 9. tygodniu, a następnie w 3. i 4. miesiącu leczenia oraz w przypadkach uzasadnionych klinicznie. Należy kontynuować okresową kontrolę również po 4. miesiącu leczenia.</p> <p>2) inne badania:</p> <p>a) systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego. Badania należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy – nie rzadziej niż raz na 4-6 tygodni.</p> <p>3) badania obrazowe</p> <p>Badania obrazowe (tomografia komputerowa, ewentualnie</p>
---	---	--

<p>desmoplastyczne guzy drobnookrągłokomórkowe-ang.desmoplastic small round cell tumour, pozanerkowe guzy rabdoidalne-ang.extrarenal rhabdoid tumour, nowotwory mezenchymalne ang. malignant mesenchymoma, PEComa, mięsaki błony wewnętrznej-ang. intimal sarcoma),</p> <p>h) złośliwego obwodowego guza osłonek nerwowych;</p> <p>2) stopień złośliwości histologicznej średni lub wysoki (G2 lub G3);</p> <p>3) progresja choroby (wg kryteriów RECIST):</p> <p>a) w trakcie lub przynajmniej po jednym schemacie chemioterapii z powodu choroby zaawansowanej, lub</p> <p>b) w ciągu 12 miesięcy od zakończenia chemioterapii neoadiuwantowej lub adiuwantowej;</p> <p>4) wiek powyżej 18 lat;</p> <p>5) stopień sprawności 0-1 według klasyfikacji WHO;</p> <p>6) brak przerzutów w obrębie OUN;</p> <p>7) wydolność szpiku kostnego wyrażona następującymi wartościami:</p> <p>a) poziom hemoglobiny większy lub równy 9,0 g/dl,</p> <p>b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/mm<sup>3</sup>,</p> <p>c) liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/mm<sup>3</sup>;</p> <p>8) poziom kreatyniny mniejszy lub równy 1,5-krotności górnej granicy normy lub klirens kreatyniny większy lub równy 50 ml/min;</p> <p>9) poziom bilirubiny mniejszy lub równy 1,5-krotności górnej granicy normy;</p> <p>10) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy;</p> <p>11) frakcja wyrzutowa lewej komory większa lub równa dolnej granicy normy lokalnej instytucji.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:</b></p>		<p>rezonans magnetyczny) w celu oceny kontroli choroby (wg kryteriów RECIST) należy wykonywać nie rzadziej niż co 3 miesiące.</p> <p><b>3. Leczenie mięsaków tkanek miękkich sunitynibem</b></p> <p><b>3.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie mięsaka pęcherzykowego zgodnie z kryteriami włączenia;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny;</li> <li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej;</li> <li>6) badanie elektrokardiograficzne;</li> <li>7) badanie echokardiograficzne;</li> <li>8) oznaczenie poziomu TSH;</li> <li>9) badanie tomografii komputerowej (ewentualnie rezonansu magnetycznego) klatki piersiowej i innej okolicy, pozwalające na ocenę lokalizacji, w której stwierdza się zmiany nowotworowe konieczne dla monitorowania leczenia;</li> <li>10) badanie ogólne moczu;</li> <li>11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.</li> </ol> <p><b>3.2. Monitorowanie leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania biochemiczne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>b) oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy lub klirensu kreatyniny,</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny,</li> <li>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej,</li> </ol> </li> </ol>
---	--	--

<p>1) rozpoznanie histopatologiczne mięsaka tkanek miękkich:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) chrząstniakomięsaka,</li> <li>b) mięsaka Ewinga / prymitywnych guzów neuroektodermalnych,</li> <li>c) tłuszczakomięsaka,</li> <li>d) wszystkich mięśniakomięsaków prążkowanokomórkowych innych niż pleomorficzne i pęcherzykowe,</li> <li>e) mięsaka kościopochodnego,</li> <li>f) nowotworu podścieliskowego przewodu pokarmowego,</li> <li>g) włókniakomięsaka guzowatego skóry,</li> <li>h) zapalnego guza miofibroblastycznego,</li> <li>i) złośliwego międzybłoniaka,</li> <li>j) mieszanego guza mezodermalnego trzonu macicy,</li> <li>k) innych typów niewymienionych jako spełniające kryteria włączenia;</li> </ol> <p>2) wcześniejsze leczenie inhibitorami angiogenezy;</p> <p>3) niewłaściwa kontrola nadciśnienia tętniczego (wartości powyżej 150/ 90 mmHg);</p> <p>4) przebyte w ciągu ostatnich 6 miesięcy choroby, zabiegi lub stany kliniczne:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) angioplastyka naczyń wieńcowych,</li> <li>b) stentowanie naczyń wieńcowych,</li> <li>c) zawał mięśnia sercowego,</li> <li>d) niestabilna dusznica bolesna,</li> <li>e) pomostowanie naczyń wieńcowych,</li> <li>f) objawowe choroby naczyń obwodowych (stopień III lub IV wg NYHA),</li> <li>g) epizod naczyniowo- mózgowy,</li> <li>h) zatorowość płucna,</li> <li>i) nieleczone zakrzepica żył głębokich,</li> <li>j) niekontrolowane leczenie lub profilaktyka wtórna epizodów zakrzepowo-zatorowych,</li> <li>k) klinicznie istotne krwawienia,</li> </ol>		<p>e) badanie ogólne moczu;</p> <p>2) inne badania:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) systematyczna kontrola ciśnienia tętniczego.</li> </ol> <p>Badania kontrolne wymienione w punktach 1 i 2 należy przeprowadzać podczas każdej wizyty świadczeniobiorcy – nie rzadziej niż raz na 8-12 tygodni.</p> <p>3) badania obrazowe</p> <p>Badania obrazowe (tomografia komputerowa, ewentualnie rezonans magnetyczny) w celu oceny kontroli choroby (wg kryteriów RECIST) należy wykonywać nie rzadziej niż co 3 miesiące.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.</li> </ol> <p>Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</p>
---	--	--

- l) duże zabiegi chirurgiczne niezwiązane z leczeniem choroby podstawowej;
- 5) niegojące lub ciężko gojące się rany w ciągu ostatnich 28 dni;
- 6) nadwrażliwość na pazopanib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 7) ciąża lub karmienie piersią.

### **2.3. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu z powodu progresji lub nieakceptowanej toksyczności.

### **2.4. Kryteria wyłączenia z programu:**

- 1) progresja choroby – oceniana zgodnie z kryteriami RECIST;
- 2) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na pazopanib;
- 3) rezygnacja pacjenta.

## **3. Leczenie mięsaków tkanek miękkich sunitynibem**

### **3.1. Kryteria kwalifikacji:**

- 1) rozpoznanie histologiczne mięsaka pęcherzykowatego (alveolar soft part sarcoma) w stadium miejscowego zaawansowania lub uogólnienia - przy braku możliwości radykalnego leczenia chirurgicznego (udokumentowana kwalifikacja wielospecjalistyczna z udziałem onkologa klinicznego, onkologa radioterapeuty i chirurga onkologa);
- 2) zmiany mierzalne w badaniu tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego;
- 3) wiek 18 lat i więcej;
- 4) stopień sprawności 0-2 według klasyfikacji WHO;
- 5) wydolność szpiku kostnego wyrażona następującymi wartościami:
  - a) poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl,

- b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1000/mm<sup>3</sup>;
- c) liczba płytek krwi większa lub równa 75 000/mm<sup>3</sup>;
- 6) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5-krotności górnej granicy normy lub klirens kreatyniny większy lub równy 50 ml/min;
- 7) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5-krotności górnej granicy normy;
- 8) aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT) i aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) mniejsza lub równa 2,5-krotności górnej granicy normy (lub 5-krotności górnej granicy normy w przypadku przerzutów do wątroby);
- 9) frakcja wyrzutowa lewej komory większa lub równa dolnej granicy normy lokalnej instytucji.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

### **3.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:**

- 1) niewłaściwa kontrola nadciśnienia tętniczego (wartości powyżej 150/ 90 mmHg);
- 2) przebyte w ciągu ostatnich 6 miesięcy choroby, zabiegi chirurgiczne lub stany kliniczne:
  - a) angioplastyka naczyń wieńcowych,
  - b) stentowanie naczyń wieńcowych,
  - c) zawał mięśnia sercowego,
  - d) niestabilna dusznica bolesna,
  - e) pomostowanie naczyń wieńcowych,
  - f) objawowe choroby naczyń obwodowych (stopień III lub IV wg NYHA),
  - g) epizod naczyniowo- mózgowy,
  - h) zatorowość płucna,
  - i) nieleczone zakrzepica żył głębokich,
  - j) niekontrolowane leczenie lub profilaktyka wtórna epizodów zakrzepowo-zatorowych,

<p>k) klinicznie istotne krwawienia, l) duże zabiegi chirurgiczne niezwiązane z leczeniem choroby podstawowej;</p> <p>3) niewygojone naruszenie ciągłości powłok (np. rana pooperacyjna lub inne);</p> <p>4) nadwrażliwość na sunitynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>5) ciąża lub karmienie piersią.</p> <p><b>3.3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu z powodu progresji lub nieakceptowanej toksyczności.</p> <p><b>3.4. Kryteria wyłączenia z programu:</b></p> <p>1) progresja choroby - oceniana zgodnie z kryteriami RECIST;</p> <p>2) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na sunitynib;</p> <p>3) rezygnacja pacjenta.</p>		
--	--	--

**Leczenie chorych na raka piersi (ICD-10 C 50)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>MAKSYMALNE DAWKOWANIE SUBSTANCJI LECZNICZYCH OBECNYCH W PROGRAMIE LEKOWYM I CZAS LECZENIA</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>W programie finansuje się leczenie przedoperacyjne lub pooperacyjne anti-HER2 oraz do 3 linii leczenia anti-HER2 przerzutowego HER2-dodatniego raka piersi substancjami:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>trastuzumab;</b></li> <li>2) <b>pertuzumab;</b></li> <li>3) <b>trastuzumab emtanzyna;</b></li> <li>4) <b>lapatynib.</b></li> </ol> <p>W leczeniu przedoperacyjnym stosowany jest: - <b>trastuzumab</b> lub <b>trastuzumab z pertuzumabem</b></p> <p>W leczeniu uzupełniającym stosowany jest: - <b>trastuzumab</b></p> <p>W leczeniu przerzutowego raka piersi stosowane są zgodnie z numerami linii określonymi w punktach 2.1.1.-2.1.4.:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) <b>pertuzumab</b> łącznie z <b>trastuzumabem</b> i <b>docetakselem</b> w pierwszej linii leczenia, a jeśli wcześniej była stosowana terapia przedoperacyjna trastuzumabem +/- pertuzumabem lub uzupełniająca trastuzumabem, czas od jej zakończenia do nawrotu musi wynosić powyżej 12 miesięcy.</li> <li>2) <b>trastuzumab</b> łącznie z <b>chemioterapią</b>, <b>hormonoterapią</b> lub <b>samodzielnie</b> w pierwszej linii leczenia u chorych, które nie</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi</b></p> <p>Dawka nasycająca <b>trastuzumabu dożylnego</b> podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia)</p> <p>Dawka podtrzymująca <b>trastuzumabu dożylnego</b> podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia)</p> <p>Dawka nasycająca <b>trastuzumabu dożylnego</b> podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia)</p> <p>Dawka podtrzymująca <b>trastuzumabu dożylnego</b> podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia)</p> <p>Dawka <b>trastuzumabu podskórnego</b>: 600 mg (w każdym cyklu)</p>	<p><b>1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi</b></p> <p><b>1.1. Wykaz badań przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ (ISH) potwierdzające nadekspresję receptora HER2 i ocena stopnia ekspresji receptorów ER i PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej);</li> <li>b) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>c) stężenie kreatyniny;</li> <li>d) aktywność AlAT;</li> <li>e) aktywność AspAT;</li> <li>f) stężenie bilirubiny;</li> <li>g) USG lub tomografia komputerowa jamy brzusznej – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;</li> <li>h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej – wybór rodzaju badania w</li> </ol>



<p>otrzymywały trastuzumabu w leczeniu przedoperacyjnym lub uzupełniającym, trastuzumab może być także stosowany w 2. lub kolejnych liniach leczenia paliatywnego, jeśli chora wcześniej nie otrzymywała terapii anty-HER2.</p> <p>3) <b>trastuzumab emtazyne i lapatynib z kapecytabiną</b> w drugiej lub trzeciej linii leczenia, a w pierwszej tylko, gdy była stosowana terapia przedoperacyjna lub uzupełniająca trastuzumabem i czas od jej zakończenia do nawrotu wynosi nie więcej niż 12 miesięcy; dopuszczalne jest kwalifikowanie chorych z nawrotem podczas uzupełniającego leczenia trastuzumabem do stosowania trastuzumabu emtazyne i lapatynibu z kapecytabiną w pierwszej i kolejnych liniach leczenia przerzutowego nowotworu.</p> <p>W programie finansuje się dwie linie leczenia HER2-ujemnego raka piersi: inhibitorem CDK4/6 (<b>palbocyklibem</b> lub <b>rybocyklibem</b> lub <b>abemacyklibem</b>) w skojarzeniu z <b>inhibitorem aromatazy</b> albo inhibitorem CDK4/6 (<b>palbocyklibem</b> lub <b>rybocyklibem</b> lub <b>abemacyklibem</b>) w skojarzeniu z <b>fulwestrantem</b>;</p> <p><b>1. Leczenie wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:</b></p> <p><b>1.1. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią.</b></p> <p>albo</p> <p><b>1.2. Leczenie przedoperacyjne (neoadjuwantowe) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią</b></p> <p>albo</p> <p><b>1.3. Leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) raka piersi trastuzumabem w skojarzeniu z chemioterapią</b></p>	<p>Dawka nasycająca <b>pertuzumabu</b>: 840mg (pierwszy cykl leczenia)</p> <p>Dawka podtrzymująca <b>pertuzumabu</b>: 420mg (kolejne cykle leczenia)</p> <p>Każdy cykl leczenia obejmuje 21 dni niezależnie od rytmu stosowania trastuzumabu</p> <p>W programie lekowym <b>trastuzumab</b> podaje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z <b>antracyklinami</b>,</li> <li>2) po zakończeniu chemioterapii adjuwantowej z antracyklinami w skojarzeniu z paklitakselem lub docetakselem,</li> <li>3) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem <b>docetakselu i karboplatyny</b>,</li> <li>4) w skojarzeniu z chemioterapią adjuwantową z użyciem <b>paklitakselu</b> w monoterapii,</li> <li>5) w skojarzeniu z chemioterapią przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej.</li> <li>6) w skojarzeniu z <b>pertuzumabem</b> i <b>chemioterapią</b> przedoperacyjną i następnie w terapii adjuwantowej</li> </ol> <p><b>Całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa:</b></p>	<p>zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny klinicznej);</li> <li>j) mammografia lub USG piersi wraz z dołami pachowymi – u chorych leczonych przedoperacyjnie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie TK lub MR piersi) w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian przed leczeniem;</li> <li>k) EKG;</li> <li>l) badanie ECHO;</li> <li>m) konsultacja kardiologiczna – wyłącznie u pacjentów ze współistniejącymi istotnymi schorzeniami układu sercowo-naczyniowego i ze wskazań klinicznych;</li> </ol> <p><b>1.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>1) Badania wykonywane nie rzadziej niż:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <b>raz na 3 tygodnie podczas stosowania chemioterapii</b></li> <li>b) <b>raz na 3 miesiące podczas stosowania trastuzumabu w monoterapii</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia krwi z rozmazem (w przypadku stosowania trastuzumabu w skojarzeniu z paklitakselem podawanym co 7 dni badanie należy wykonać również przed każdym podaniem paklitakselu),</li> <li>– stężenie kreatyniny,</li> <li>– aktywność AlAT,</li> </ul> </li> </ol>
--	---	--

<p><b>Kryteria kwalifikacji wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi</b></p> <p>1) Potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi;</p> <p>2) Udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+/ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik +/- w badaniu ISH);</p> <p>3) Stopień zaawansowania:</p> <p>a) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi trastuzumabem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 10 mm lub obecny jest przerzut do regionalnego węzła/węzłów chłonnych lub</li> <li>– nowotwór pierwotnie nieoperacyjny jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego</li> </ul> <p>albo</p> <p>b) w przypadku leczenia przedoperacyjnego (neoadjuwantowego) raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nowotwór pierwotnie operacyjny, jeśli średnica guza piersi oceniona w badaniach obrazowych wynosi powyżej 20 mm i jest obecny jest przerzut do regionalnego węzła/węzłów chłonnych lub nie ma ekspresji receptorów ER i PgR</li> </ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nowotwór pierwotnie nieoperacyjny jeśli możliwe jest radykalne leczenie chirurgiczne po zastosowaniu leczenia systemowego</li> </ul> <p>albo</p> <p>c) w przypadku wyłącznie leczenia pooperacyjnego (adjuwantowego) trastuzumabem:</p>	<p>a) maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań co 3 tygodnie (w tym w schemacie określonym w pkt 4)</p> <p>albo</p> <p>b) do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3</p> <p>Pooperacyjne podawanie trastuzumabu należy wznowić jak najszybciej po przeprowadzonym leczeniu operacyjnym.</p> <p>W uzasadnionych przypadkach możliwe jest ponowne podjęcie leczenia uzupełniającego trastuzumabem po przerwie trwającej dłużej niż 60 dni. Warunkiem podjęcia takiego leczenia jest wykluczenie sytuacji, w których przerwy spowodowane zostały wystąpieniem działań niepożądanych lub progresją choroby.</p> <p><b>Całkowity czas aktywnej terapii pertuzumabem w leczeniu przedoperacyjnym (neoadjuwantowym) w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią to :</b></p> <p>a) od 3 do 6 podań pertuzumabu w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią</p> <p>albo</p> <p>b) do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– aktywność AspAT,</li> <li>– stężenie bilirubiny,</li> </ul> <p><b>2) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 6 tygodni:</b></p> <p>a) USG piersi wraz z dołami pachowymi (u chorych leczonych przedoperacyjnie) w celu oceny odpowiedzi na leczenie (w uzasadnionych sytuacjach klinicznych zamiennie tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny piersi – należy zastosować tę samą metodę co wyjściowo przed leczeniem).</p> <p>Dobór badań musi umożliwić ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>3) Badania wykonywane w trzecim oraz szóstym miesiącu leczenia i następnie w przypadku wskazań klinicznych oraz po zakończeniu leczenia (4-6 tygodni od podania ostatniej dawki):</b></p> <p>a) EKG,</p> <p>b) ECHO.</p> <p>Dotyczy wyłącznie leczenia okołoperacyjnego trastuzumabem</p> <p><b>4) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ECHO,</li> <li>– EKG,</li> </ul> <p>Dotyczy wyłącznie leczenia przedoperacyjnego pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią.</p>
---	--	--

<p>– wyjściowo średnica guza powyżej 5mm lub cecha cN1, jeżeli chore otrzymały systemowe leczenie przedoperacyjne (w tym zawierające trastuzumab lub pertuzumab w skojarzeniu z trastuzumabem i chemioterapią),</p> <p>lub</p> <p>– średnica komponentu inwazyjnego guza piersi powyżej 5mm lub obecność przerzutu lub przerzutów do regionalnych węzłów chłonnych stwierdzone na podstawie badania pooperacyjnego – niezależnie od stosowanego systemowego leczenia przedoperacyjnego,</p> <p>albo</p> <p>d) nawrót miejscowy (ściana klatki piersiowej lub pierś po oszczędzającym leczeniu) lub regionalny (węzły chłonne) – wyłącznie u pacjentów po doszczętnym leczeniu tego nawrotu, którzy nie byli leczeni wcześniej trastuzumabem;</p> <p>4) Przebyte leczenie chirurgiczne lub planowane leczenie chirurgiczne o założeniu radykalnym polegające na:</p> <p>a) amputacji piersi oraz wycięciu pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii</p> <p>lub</p> <p>b) wycięciu guza z marginesem tkanek prawidłowych oraz pachowych węzłów chłonnych lub biopsji węzła wartowniczego, której wynik nie uzasadnia wykonania limfadenektomii z uzupełniającą radioterapią całej piersi (leczenie oszczędzające).</p> <p>Przedmiotowe kryterium kwalifikacji nie ma zastosowania w przypadku pacjentów kwalifikowanych na podstawie pkt 3) lit. d)</p> <p>5) Wartość LVEF co najmniej 50%;</p> <p>6) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii anty HER2 stwierdzonych przez lekarza</p>	<p>kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3</p> <p>W przypadku przerwania terapii trastuzumabem przerywa się stosowanie pertuzumabu.</p> <p>Po zabiegu operacyjnym stosuje się leczenie uzupełniające trastuzumabem. Łącznie leczenie neoadjuwantowe i adjuwantowe i całkowity czas aktywnej terapii trastuzumabem trwa maksymalnie 12 miesięcy lub maksymalnie 18 podań trastuzumabu (stosowanego co 3 tygodnie).</p> <p><b>2. Leczenie przerzutowego raka piersi</b></p> <p><b>2.1. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego</b></p> <p>Dawka nasycająca <b>trastuzumabu dożylnego</b> podawanego co 3 tygodnie: 8mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia)</p> <p>Dawka podtrzymująca <b>trastuzumabu dożylnego</b> podawanego co 3 tygodnie: 6 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia)</p> <p>Dawka nasycająca <b>trastuzumabu dożylnego</b> podawanego co tydzień: 4 mg/kg m.c. (pierwszy cykl leczenia)</p>	<p><b>2. Leczenie przerzutowego raka piersi</b></p> <p><b>2.1. Wykaz badań przy kwalifikacji:</b></p> <p>a) Badanie immunohistochemiczne lub hybrydyzacji in situ oceniające ekspresję HER2 i receptorów ER, PGR (możliwe wykorzystanie badania wykonanego wcześniej);</p> <p>b) morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>c) stężenie kreatyniny,</p> <p>d) aktywność AIAT,</p> <p>e) aktywność AspAT,</p> <p>f) stężenie bilirubiny,</p> <p>g) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią oraz u chorych w okresie przed- i okołomenopauzalnym –tylko w przypadku leczenia inhibitorami CDK4/6</p> <p>h) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;</p> <p>i) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy lub MR, (wykonane w ciągu ostatnich 8 tygodni, (w zależności od sytuacji klinicznej) - wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;</p>
--	--	--

<p>prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka piersi;</p> <p>7) Sprawność w stopniu 0-1 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;</p> <p>8) Wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią;</p> <p>9) W przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia wczesnego, HER2-dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Leczenie przerzutowego raka piersi</b></p> <p><b>2.1. Leczenie przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi w programie obejmuje:</b></p> <p><b>2.1.1.</b> Leczenie przerzutowego raka piersi pertuzumabem w skojarzeniu z trastuzumabem i docetaksem (I linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo</p> <p><b>2.1.2.</b> Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem (I lub kolejne linie leczenia przerzutowego raka piersi) albo</p>	<p>Dawka podtrzymująca <b>trastuzumabu dożylnego</b> podawanego co tydzień: 2 mg/kg m.c. (kolejne cykle leczenia)</p> <p>Dawka <b>trastuzumabu podskórnego</b>: 600 mg (w każdym cyklu)</p> <p>W terapii przerzutowego raka piersi <b>trastuzumab</b> podaje się:</p> <p>a) w skojarzeniu z <b>chemioterapią</b> lub <b>inhibitorem aromatazy</b></p> <p>lub</p> <p>b) w <b>monoterapii</b></p> <p>lub</p> <p>c) w skojarzeniu z <b>pertuzumabem</b> i <b>docetaksem</b></p> <p>Dawka nasycająca <b>pertuzumabu</b>: 840mg (pierwszy cykl leczenia)</p> <p>Dawka podtrzymująca <b>pertuzumabu</b>: 420mg (kolejne cykle leczenia)</p> <p>Dawka <b>docetakselu</b>: 75-100mg/m<sup>2</sup> (w każdy m cyklu)</p> <p>W terapii łączonej z pertuzumabem i trastuzumabem należy podać 6 cykli docetakselu, wcześniejsze zakończenie chemioterapii jest możliwe tylko, gdy</p>	<p>j) scyntygrafia kośćca (wykonanie badania w zależności od oceny sytuacji klinicznej);</p> <p>k) EKG</p> <p>l) ECHO serca – tylko w przypadku leczenia anty-HER2;</p> <p>m) konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECHO</p> <p>n) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (tylko gdy są wskazania kliniczne);</p> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia:</b></p> <p><b>1) Przed każdym kolejnym cyklem leczenia (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące w czasie wyłącznego stosowania pertuzumabu i trastuzumabu, trastuzumabu w monoterapii lub trastuzumabu w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy lub inhibitorów CDK 4/6 w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy lub fulwestrantem</b></p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>b) stężenie kreatyniny;</p> <p>c) aktywność AlAT;</p> <p>d) aktywności AspAT;</p> <p>e) stężenie bilirubiny.</p>
---	---	--

<p><b>2.1.3.</b> Leczenie przerzutowego raka piersi trastuzumabem emtanzyną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi) albo</p> <p><b>2.1.4.</b> Leczenie przerzutowego raka piersi lapatynibem w skojarzeniu z kapecytabiną (I lub II lub III linia leczenia przerzutowego raka piersi)</p> <p><b>Kryteria kwalifikacji przerzutowego raka piersi HER2-dodatniego</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Potwierdzony histologicznie inwazyjny rak piersi :       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) uogólniony (IV stopień zaawansowania) lub</li> <li>b) miejscowo zaawansowany lub nawrotowy rak piersi jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub trwale niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania);</li> </ol> </li> <li>2) Udokumentowana nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka inwazyjnego (wynik/3+ w badaniu IHC) lub amplifikacja genu HER2 (wynik +/- w badaniu ISH);</li> <li>3) Obecność zmian chorobowych umożliwiających ocenę odpowiedzi według systemu RECIST 1.1;</li> <li>4) Sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG</li> <li>5) Wartość LVEF co najmniej 50%;</li> <li>6) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii anty HER2 stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka piersi;</li> <li>7) Wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią;</li> <li>8) W przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile</li> </ol>	<p>wystąpią istotne objawy niepożądane uniemożliwiające jej kontynuację. Możliwe jest także zmniejszenie dawki docetakselu, jeśli jest wskazane klinicznie.</p> <p>Jeżeli leczenie docetakselem zostanie przerwane z powodu toksyczności, leczenie pertuzumabem i trastuzumabem powinno być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań istotnym znaczeniu klinicznym.</p> <p>Maksymalna dobowo dawka <b>lapatynibu</b>: 1250mg / dobę (codziennie)</p> <p>Maksymalna dobowo dawka <b>kapecytabiny</b> w skojarzeniu z <b>lapatynibem</b>: 2000 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała (dwie dawki podzielone) w dniach 1- 14 w cyklach 21- dniowych.</p> <p>Dawka <b>trastuzumabu emtanzyny</b>: 3,6 mg/kg m.c. (co 3 tygodnie)</p> <p>Możliwość redukcji dawki zgodnie z ChPL aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p><b>2.2. Leczenie przerzutowego raka piersi HER2-ujemnego</b></p>	<p>f) EKG (tylko w przypadku rybocyklibu w celu oceny QTc w ok. 14 dniu pierwszego cyklu (+/- 7 dni), na początku drugiego cyklu, a potem w zależności od wskazań klinicznych)</p> <p>U chorych leczonych trastuzumabem emtanzyną powyższe badania wykonuje się przed każdym cyklem leczenia.</p> <p>Podczas stosowania trastuzumabu w skojarzeniu z paklitakselem podawanym co 7 dni badanie morfologii krwi należy wykonać również przed każdym podaniem cytostatyku</p> <p>Podczas leczenia inhibitorami CDK 4/6 powyższe badania wykonuje się co 2 tygodnie w trakcie 2 pierwszych cykli leczenia, na początku każdego z 4 kolejnych cykli, a następnie w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p><b>2) Badania wykonywane w trzecim oraz szóstym miesiącu leczenia i następnie w przypadku wskazań klinicznych oraz po zakończeniu leczenia (4-6 tygodni od podania ostatniej dawki) – nie dotyczy inhibitorów CDK4/6</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) EKG,</li> <li>b) ECHO,</li> <li>c) konsultacja kardiologiczna – w zależności od wskazań klinicznych</li> </ol>
--	--	---

leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję;

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-dodatniego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

## 2.2. Leczenie przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi w programie obejmuje:

**2.2.1.** Leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK4/6 (abemacyklidem albo palbocyklidem albo rybocyklidem) w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy (I lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi)

albo

**2.2.2.** Leczenie przerzutowego raka piersi inhibitorami CDK 4/6 (abemacyklidem albo palbocyklidem albo rybocyklidem) w skojarzeniu z fulwestrantem (I linia zaawansowanego raka piersi -tylko w przypadku abemacyklidu lub rybocyklidu lub II linia leczenia zaawansowanego raka piersi))

W programie istnieje jednorazowa możliwość zastosowania terapii lekowej z użyciem inhibitorów CDK4/6.

### Kryteria kwalifikacji przerzutowego HER2-ujemnego raka piersi:

- 1) Wiek powyżej 18 roku życia;
- 2) Potwierdzony histologicznie zaawansowany rak piersi, tj.
  - a) rak piersi uogólniony (IV stopień zaawansowania)

Maksymalna dawka dobową **palbocyklidu**: 125 mg/dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni)

Maksymalna dawka dobową **rybocyklidu**: 600mg/dobę (codziennie przez 21 dni, następnie przerwa 7 dni, 1 cykl trwa 28 dni)

Maksymalna dawka dobową **abemacyklidu**: 300 mg/dobę (codziennie, 1 cykl trwa 28 dni).

Dawka **fulwestrantu** stosowanego w skojarzeniu z inhibitorem CDK4/6: 500mg/dobę (podawany w 1,15 oraz 29 dniu a następnie raz na miesiąc)

Dawka dobową **inhibitorów aromatazy** stosowanych w skojarzeniu z inhibitorami CDK4/6:

- a) **letrozol**: 2,5mg/dobę
- b) **anastrozol**: 1 mg/dobę
- c) **eksemestan**: 25 mg/ dobę

W przypadku wystąpienia toksyczności związanej z inhibitorem CDK 4/6 podawanie cyklibu może być czasowo wstrzymane, a hormonoterapia może być kontynuowana. Maksymalne opóźnienie w podaniu kolejnej dawki inhibitora nie może przekraczać 28 dni.

### 2.3. Czas leczenia

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu

### 3) Badania wykonywane nie rzadziej niż co 3 miesiące (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej):

- a) USG jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub tomografia komputerowa jamy brzusznej lub miednicy lub MR (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian)
- b) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej (w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian),
- c) scyntygrafia kości lub inne badanie obrazowe (w zależności od sposobu oceny odpowiedzi na leczenie)
- d) stężenie estradiolu, FSH i LH u chorych z brakiem miesiączki indukowanym chemioterapią lub stosowaniem analogów LHRH lub u chorych w okresie przed i okołomenopauzalnym – w przypadku leczenia inhibitorami CDK 4/6
- e) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny mózgu (jedynie chore z przerzutami w mózgu);

### 3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.

<p>lub</p> <p>b) miejscowo zaawansowany, jeśli radykalne leczenie miejscowe (chirurgia, radioterapia) jest nieskuteczne lub niemożliwe do zastosowania (III stopień zaawansowania)</p> <p>3) udokumentowana ekspresja steroidowych receptorów hormonalnych <math>\geq 1\%</math>;</p> <p>4) Udokumentowany brak nadekspresji receptora HER2 w komórkach raka (wynik /0 lub 1+/ w badaniu IHC) lub brak amplifikacji genu HER2 (wynik +/- w badaniu metodą hybrydyzacji in situ (ISH));</p> <p>5) Obecność zmian chorobowych możliwych do oceny wg. kryteriów RECIST 1.1.;</p> <p>6) Stan:</p> <p>a) pomenopauzalny zdefiniowany jako (do wyboru jedna z poniższych opcji):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stan po obustronnym usunięciu jajników</li> <li>- brak miesiączki przez ostatnie 12 m-cy (bez innych przyczyn)</li> <li>- brak miesiączki nie spełniający powyższych wymogów oraz pomenopauzalne stężenia estradiolu, FSH i LH</li> </ul> <p>b) przed- lub okołomenopauzalny – wszystkie chore nie spełniające kryteriów stanu pomenopauzalnego. W takim przypadku hormonoterapię należy skojarzyć z agonistą hormonu uwalniającego hormon luteinizujący (LHRH).</p> <p>7) Sprawność w stopniu 0-2 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG</p> <p>8) Nieobecność istotnych schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do terapii stwierdzonych przez lekarza prowadzącego w oparciu o odpowiednie Charakterystyki Produktu Leczniczego oraz wytyczne Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej w leczeniu raka piersi;</p> <p>9) W przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z inhibitorem aromatazy brak wcześniejszego leczenia</p>	<p>świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu, o których mowa w ust. 3</p>	<p>2) Uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.</p> <p>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	--

systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi (dopuszczalne jest wcześniejsze zastosowanie jednej linii chemioterapii u chorych w sytuacji – udokumentowanego wcześniej rzeczywistego zagrożenia niewydolności narządów mięszoowych w następstwie masywnych przerzutów)

Dopuszczalne leczenie przedoperacyjne/uzupełniające:

a) inhibitorem aromatazy, o ile czas od zakończenia leczenia do nawrotu wynosi więcej niż 12 miesięcy

albo

b) leczenie tamoksyfenem niezależnie od czasu do wystąpienia nawrotu (także nawrót w trakcie hormonoterapii)

10) W przypadku skojarzenia abemacyklibu lub palbocyklibu lub rybocyklibu z fulwestrantem:

a) brak wcześniejszego leczenia systemowego z powodu zaawansowanego raka piersi - dotyczy jedynie rybocyklibu i abemacyklibu w skojarzeniu z fulwestrantem

lub

b) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 12 miesięcy od zakończenia hormonoterapii uzupełniającej inhibitorem aromatazy

lub

c) progresja raka piersi w trakcie lub w ciągu 1 miesiąca od zakończenia hormonoterapii I rzutu.

Dopuszczalne jest uprzednie stosowanie jednej linii chemioterapii z powodu zaawansowanego raka piersi (przed lub po hormonoterapii I rzutu);

11) Wykluczenie ciąży oraz okresu karmienia piersią

12) Nieobecność masywnych przerzutów do narządów trzewnych, stanowiących bezpośrednie zagrożenie życia;

13) Nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po



wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz nieobecność istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększenia dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed włączeniem do programu;

- 14) W przypadku współistnienia u pacjenta innych aktywnych nowotworów złośliwych albo wcześniejszego zachorowania na jakikolwiek nowotwór złośliwy dopuszcza się włączenie do programu po uzyskaniu zgody Konsultanta Krajowego lub Konsultanta Wojewódzkiego, o ile leczenie miało charakter radykalny lub nie miało charakteru radykalnego, ale uzyskano całkowitą remisję.

Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego w zakresie leczenia przerzutowego, HER2-ujemnego raka piersi kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Dodatkowo dla pacjentek, które rozpoczęły monoterapię fulwestrantem w 1 linii leczenia hormonalnego przed 01.09.2020 r., w przypadku progresji choroby, możliwe będzie zastosowanie terapii palbocyklibem lub rybocyklibem lub abemacyklibem w skojarzeniu z inhibitorem aromatazy.

### **3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) Progresja choroby nowotworowej
- 2) Pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;
- 3) Wystąpienie toksyczności leczenia będącej zagrożeniem życia według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03.;

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <p>4) Wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03. (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. lub 2. według kryteriów CTC-AE w wersji 4.03.);</p> <p>5) Obniżenie sprawności:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) do stopnia 2- 4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG- w przypadku leczenia wczesnego raka piersi,</li><li>b) do stopnia 3-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG- w przypadku leczenia przerzutowego raka piersi;</li></ul> <p>6) Wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia;</p> <p>7) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>8) Okres ciąży lub karmienia piersią – z wyjątkiem przypadków w których lekarz wspólnie z Konsultantem Krajowym lub Konsultantem Wojewódzkim oceni, że ryzyko zastosowania terapii przeciwnowotworowej ma większą korzyść niż ryzyko i uzasadnione jest finansowanie terapii w programie w takim przypadku.</p> |  |  |
|--|--|--|

**LECZENIE RAKA NERKI (ICD-10 C 64)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej sunitynib</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 60% utkania) komponentem jasnokomórkowym;</li> <li>2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);</li> <li>3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego raka nerki;</li> <li>4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykałnej lub oszczędzającej);</li> <li>5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;</li> <li>6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR;</li> <li>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);</li> <li>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;</li> <li>9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);</li> <li>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnkomórkowego skóry;</li> </ol>	<p><b>1. Sunitynib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Zalecana dawka sunitynibu wynosi 50 mg doustnie raz na dobę przez 4 kolejne tygodnie, po czym następuje 14-dniowa przerwa, co stanowi pełny 6-tygodniowy cykl leczenia.</li> <li>1.2. W przypadku wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się nasilenia wspomnianych objawów oraz w trakcie dalszego leczenia należy rozważyć redukcję dawki do 37,5 mg na dobę podawanej przez 4 kolejne tygodnie z następującą po tym okresie 14-dniową przerwą.</li> <li>1.3. Jeżeli ciężkie objawy niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerywania podawania leku, to należy definitywnie zakończyć leczenie.</li> <li>1.4. Jeżeli pomimo redukcji dawki do 37,5 mg na dobę istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, to należy zmniejszyć dawkę leku do 25 mg na dobę podawanej przez 4 kolejne tygodnie z następującą po tym okresie 14-dniową przerwą.</li> <li>1.5. Ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia.</li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia sunitynibem, sorafenibem, pazopani be m, aksytynibem, ewerolimusem, kabozantyni be m i niwolumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym komponentem jasnokomórkowym;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>4) oznaczenie stężenia mocznika (nie dotyczy kabozantynibu);</li> <li>5) oznaczenia stężenia kreatyniny;</li> <li>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>9) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (nie dotyczy kabozantynibu i niwolumabu);</li> <li>10) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) (nie dotyczy ewerolimusu i temsyrolimusu);</li> </ol>

<p>12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:</p> <p>a) wyniki badań czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),</li> <li>– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,</li> </ul> <p>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– liczba płytek krwi większa lub równa <math>10^5/\text{mm}^3</math>,</li> <li>– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa <math>1500/\text{mm}^3</math>,</li> <li>– poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;</li> </ul> <p>13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;</p> <p>14) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>1.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;</li> <li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sunitynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;</li> <li>4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;</li> <li>5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;</li> <li>6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.</li> </ol>	<p><b>2. Sorafenib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1. Sorafenib jest stosowany w dobowej dawce 800 mg (2 razy dziennie po 2 tabletki zawierające 200 mg) bez przerw.</li> <li>2.2. W przypadku wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się ich nasilenia oraz należy rozważyć zmniejszenie dobowej dawki sorafenibu do 400 mg dziennie (2 tabletki po 200 mg 1 raz dziennie).</li> <li>2.3. Jeżeli ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przzerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.</li> <li>2.4. Jeżeli pomimo redukcji dawki do 400 mg dziennie istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zredukować dawkę leku do 400 mg podawanych co drugi dzień.</li> <li>2.5. Ponowne pojawienie się istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych nakazuje zakończenie leczenia.</li> </ol> <p><b>3. Pazopanib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1. Zalecana dawka pazopanibu wynosi 800 mg doustnie raz na dobę.</li> <li>3.2. Modyfikacje dawki: w zależności od indywidualnej tolerancji leczenia, w celu opanowania działań niepożądanych, dawkę należy dostosowywać, zmieniając ją stopniowo, za każdym razem o 200 mg. Dawka pazopanibu nie powinna być większa niż 800 mg</li> <li>3.3. Zaleca się, aby pacjenci z łagodnymi nieprawidłowościami parametrów czynności wątroby byli leczeni na początku dawką 800 mg</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>11) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;</li> <li>12) oznaczenie białka w moczu – dla aksytynibu i kabozantynibu;</li> <li>13) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej – dla niwolumabu;</li> <li>14) oznaczenie antygenu HBs (HbsAg) – dla niwolumabu;</li> <li>15) oznaczenie przeciwciał anty HCV – dla niwolumabu;</li> <li>16) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;</li> <li>17) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>18) badanie KT klatki piersiowej i jamy brzusznej;</li> <li>19) badanie RTG klatki piersiowej – wyłącznie w przypadkach możliwości przeprowadzenia pomiaru zmian chorobowych oraz oceny odpowiedzi na leczenie;</li> <li>20) badanie KT lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji przerzutów);</li> <li>21) elektrokardiogram (EKG);</li> <li>19) pomiar ciśnienia tętniczego;</li> <li>22) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p>
---	--	--

<p><b>2. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej sorafenib</b></p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 60% utkania) komponentem jasnokomórkowym potwierdzone badaniem histopatologicznym z materiału operacyjnego, biopsji guza nerki lub ogniska przerzutowego;</li> <li>2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);</li> <li>3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej immunoterapii z zastosowaniem interferonu alfa lub udokumentowane przeciwwskazania do dalszego stosowania interferonu alfa;</li> <li>4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykałnej lub oszczędzającej);</li> <li>5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;</li> <li>6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej RTG lub MR;</li> <li>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);</li> <li>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;</li> <li>9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);</li> <li>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry;</li> <li>12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wyniki badań czynności wątroby:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	<p>pazopanibu raz na dobę. U pacjentów z umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby zalecane jest stosowanie zmniejszonej dawki 200 mg pazopanibu. Stosowanie pazopanibu nie jest zalecane u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby.</p> <p><b>4. Aktytynib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4.1. Zalecana początkowa dawka aktytynibu wynosi 5 mg dwa razy na dobę.</li> <li>4.2. U pacjentów tolerujących początkową dawkę aktytynibu 5 mg dwa razy na dobę, u których przez dwa kolejne tygodnie nie wystąpiły działania niepożądane &gt; stopnia 2. (tj. nie wystąpiły ciężkie działania niepożądane zgodnie z kryteriami opisującymi działania niepożądane CTCAE) można zwiększyć dawkę leku do 7 mg dwa razy na dobę z wyjątkiem pacjentów, u których ciśnienie tętnicze krwi wynosi &gt; 150/90 mmHg lub którzy otrzymują leczenie obniżające ciśnienie krwi. Następnie, stosując te same kryteria, u pacjentów tolerujących aktytynib w dawce 7 mg dwa razy na dobę, można zwiększyć dawkę do maksymalnej dawki 10 mg dwa razy na dobę.</li> <li>4.3. W przypadku wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się ich nasilenia oraz należy rozważyć zmniejszenie dobowej dawki aktytynibu do 3 mg dwa razy na dobę, a następnie do 2 mg dwa razy na dobę.</li> <li>4.4. Jeżeli ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.</li> </ol>	<p><b>2. Badania przy kwalifikacji do leczenia temsyrolimusem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenia raka nerkowokomórkowego;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie liczby płytek krwi;</li> <li>4) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>5) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginowej i alaninowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li> <li>9) oznaczenie skorygowanego stężenia wapnia w surowicy;</li> <li>10) oznaczenie poziomu glukozy;</li> <li>11) oznaczenie poziomu fosfatazy alkalicznej;</li> <li>12) oznaczenie poziomu cholesterolu;</li> <li>13) oznaczenie poziomu trójglicerydów;</li> <li>14) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>15) badanie KT klatki piersiowej i jamy brzusznej;</li> <li>16) badanie RTG klatki piersiowej, gdy zmiany w klatce piersiowej są możliwe do oceny tą metodą;</li> <li>17) badanie KT lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji przerzutów).</li> </ol>
--	---	--

<p>– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– liczba płytek krwi większa lub równa <math>10^5/\text{mm}^3</math>,</li> <li>– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa <math>1500/\text{mm}^3</math>,</li> <li>– poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;</li> </ul> <p>13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;</p> <p>14) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>2.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;</li> <li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sorefenib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;</li> <li>4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;</li> <li>5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;</li> <li>6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.</li> </ol> <p><b>3. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej pazopani b</b></p> <p><b>3.1. Kryteria kwalifikacji</b></p>	<p>4.5. Jeżeli pomimo redukcji dawki do 3 mg dwa razy na dobę, a następnie do 2 mg dwa razy na dobę istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zakończyć leczenie.</p> <p><b>5. Ewerolimus</b></p> <p>5.1. Ewerolimus jest stosowany w dobowej dawce 10 mg (1 raz dziennie 2 tabletki zawierające 5 mg albo 1 raz dziennie 1 tabletka zawierająca 10 mg) bez przerw.</p> <p>5.2. W przypadku wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się ich nasilenia oraz należy rozważyć zmniejszenie dobowej dawki ewerolimusu do 5 mg dziennie (1 tabletka po 5 mg 1 raz dziennie).</p> <p>5.3. Jeżeli ciężkie działania niepożądane nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przzerwania podawania leku, należy zakończyć leczenie.</p> <p>5.4. Jeżeli pomimo redukcji dawki do 5 mg dziennie istotne klinicznie lub ciężkie działania niepożądane ponownie wystąpią, należy zakończyć leczenie.</p> <p><b>6. Temsyrolimus</b></p> <p>6.1. Temsyrolimus powinien być podawany dożylnie w dawce 25 mg we wlewie trwającym 30-60 minut w odstępach 7-dniowych.</p> <p>6.2. W ramach premedykacji 30 minut przed rozpoczęciem podania temsyrolimusu należy stosować dożylnie difenhydraminę w dawce 20–50 mg lub podobny lek o działaniu przeciwhistaminowym.</p>	<p>Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>3. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>3) oznaczenia stężenia kreatyniny;</li> <li>4) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>5) oznaczenie liczby płytek krwi – dla temsyrolimusu;</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) (nie dotyczy kabozantynibu i niwolumabu);</li> <li>9) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej;</li> <li>10) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH) – dla aksytynibu, kabozantynibu i niwolumabu;</li> <li>11) oznaczenie białka w moczu – dla aksytynibu i kabozantynibu;</li> <li>12) oznaczenie poziomu cholesterolu i trójglicerydów – dla temsyrolimusu;</li> <li>13) elektrokardiogram (EKG) – dla aksytynibu, temsyrolimusu i kabozantynibu.</li> </ol> <p>Badania wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) co 6 tygodni - w przypadku leczenia sunitynibem;</li> </ol>
---	---	---

<ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 60% utkania) komponentem jasnokomórkowym;</li> <li>2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);</li> <li>3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego raka nerki lub wcześniejsze leczenie z zastosowaniem cytokin (udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej immunoterapii z zastosowaniem interferonu-<math>\alpha</math> (IFN-<math>\alpha</math>) lub przeciwwskazania do dalszego stosowania IFN-<math>\alpha</math>);</li> <li>4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykałnej lub oszczędzającej);</li> <li>5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;</li> <li>6) możliwa obiektywna ocena w badaniach obrazowych metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR;</li> <li>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów i/lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);</li> <li>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;</li> <li>9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);</li> <li>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry;</li> <li>12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wyniki badań czynności wątroby:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),</li> <li>– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,</li> </ul> </li> <li>b) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– liczba płytek krwi większa lub równa <math>10^5/\text{mm}^3</math>,</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	<p>6.3. Nie występuje konieczność modyfikowania dawki w zależności od płci lub wieku.</p> <p><b>7. Kabozantynib</b></p> <p>7.1. Dawkowanie kabozantynibu oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) - zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p><b>8. Niwolumab</b></p> <p>8.1. Dawkowanie, sposób podawania oraz modyfikacja leczenia - zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>8.2. Przerwę w podawaniu niwolumabu należy zastosować m.in. kiedy wystąpi następująca toksyczność pochodzenia immunologicznego (stopnie toksyczności zgodnie z NCI-CTCAE v4):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zapalenie płuc stopnia 2.;</li> <li>2) biegunka lub zapalenie jelita grubego stopnia 2. lub 3.;</li> <li>3) zapalenie wątroby – zwiększenie aktywności AspAT, AlAT lub zapalenie nerek, lub zaburzenia czynności nerek – zwiększenie stężenia kreatyniny stopnia 2. lub 3.: wzrost stężenia kreatyniny więcej niż 1,5-krotnie, ale nie więcej niż 6-krotnie w stosunku do górnej granicy normy;</li> <li>4) endokrynopatie pochodzenia immunologicznego: objawowa niedoczynność tarczycy, nadczynność tarczycy, niedoczynność przysadki stopnia 2. lub 3. , niewydolność kory nadnerczy stopnia 2., cukrzyca stopnia 3.;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) co 4 tygodnie - w przypadku leczenia sorafenibem, aksytynibem, ewerolimus em, temsyrolimusem, kabozantynibem i niwolumabem;</li> <li>3) w 5 i 9 tygodniu a następnie co cztery tygodnie w przypadku leczenia pazopanibem;</li> <li>4) dodatkowo w 3 i 7 tygodniu w przypadku leczenia pazopanibem dla oznaczeń określonych w punktach 4, 6, 7.</li> </ol> <p><b>4. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru;</li> <li>2) badanie RTG klatki piersiowej - jeżeli nie jest wykonywane badanie KT;</li> <li>3) elektrokardiogram (EKG) - w przypadku sorafenibu, pazopanibu, aksytynibu, ewerolimusu i sunitynibu;</li> <li>4) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p>Badania wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nie rzadziej niż co 12 tygodni; w przypadku prowadzenia leczenia dłużej niż przez 3 lata badania obrazowe mogą być wykonywane co 6 miesięcy lub w przypadku wystąpienia objawów klinicznych;</li> <li>2) przed zakończeniem:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) co drugiego kursu leczenia – w przypadku sunitynibu,</li> <li>b) co trzeciego kursu leczenia – w przypadku sorafenibu, pazopanibu, aksytynibu i ewerolimusu;</li> </ol> </li> </ol>
---	---	--

<p>– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/mm<sup>3</sup>,</p> <p>– poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;</p> <p>13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;</p> <p>14) nieobecność chorób układu sercowo-naczyniowego, które nie mogą być opanowane przy użyciu dostępnych metod leczenia.</p> <p>Kryteria włączenia muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>3.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;</li> <li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na pazopanib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;</li> <li>4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky’ego;</li> <li>5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego, niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia oraz wystąpienia objawów toksyczności ze strony wątroby <math>\geq 3</math> stopnia;</li> <li>6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.</li> </ol> <p><b>4. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej aksytynib</b></p> <p><b>4.1. Kryteria kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 50% utkania) komponentem jasnokomórkowym;</li> <li>2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);</li> </ol>	<p>5) wysypka stopnia 3.</p> <p>Podawanie niwolumabu można wznowić po uzyskaniu poprawy i zredukowaniu dobowej dawki kortykosteroidów do dawki <math>\leq 10</math> mg prednizonu lub równoważnej dawki innego leku steroidowego, o ile ich podawanie było konieczne.</p> <p>8.3. Przerwa w leczeniu niwolumabem nie może przekraczać 3 miesięcy.</p>	<p>3) w chwili wyłączenia z programu, o ile nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.</p> <p>Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST lub CHOI.</p> <p><b>Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 9 pkt 1, powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.</b></p> <p><b>5. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.</li> </ol> <p>Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</p> <p>W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy ust. 9 pkt 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.</p>
--	---	---



<p>3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów (sunitynib, pazopanib - w I linii leczenia) stosowanych jako leczenie poprzedzające lub po niepowodzeniu wcześniejszego leczenia cytokiną;</p> <p>4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykalnej lub oszczędzającej);</p> <p>5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;</p> <p>6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR;</p> <p>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów i /lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);</p> <p>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;</p> <p>9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);</p> <p>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>11) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego;</p> <p>12) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:</p> <p>a) wyniki badań czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górną granicę normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),</li><li>- aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górną granicę normy,</li></ul> <p>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górną granicę normy,</p> <p>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- liczba płytek krwi większa lub równa <math>10^5/\text{mm}^3</math>,</li><li>- bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa <math>1500/\text{mm}^3</math>,</li><li>- poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl; 13);</li></ul> <p>13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>		
---	--	--

**4.2.** Do programu, w okresie nieprzekraczającym 6 miesięcy od daty wejścia w życie pierwszej decyzji o objęciu refundacją leku zawierającego substancję czynną aksytynib, kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni tą substancją czynną w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem badań klinicznych) w celu zapewnienia kontynuacji terapii.

#### **4.3. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

#### **4.4. Kryteria wyłączenia z programu:**

- 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na aksytynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;
- 4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;
- 5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;
- 6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.

### **5. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej ewerolimus**

#### **5.1. Kryteria kwalifikacji**

- 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie jasnokomórkowego raka nerki lub mieszanego raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 60% utkania) komponentem jasnokomórkowym;
- 2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);
- 3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem wielokinazowych inhibitorów (sunitynib, sorafenib, pazopanib) stosowanych jako jedyne leczenie poprzedzające lub po wcześniejszej immunoterapii;
- 4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykałnej lub oszczędzającej);

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <p>5) udokumentowana obecność przerzutów narządowych;</p> <p>6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej RTG lub MR;</p> <p>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze usunięcie przerzutów);</p> <p>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;</p> <p>9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);</p> <p>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>11) nieobecność innych nowotworów złośliwych z wyjątkiem przedinwazyjnego raka szyjki macicy oraz raka podstawnokomórkowego skóry;</p> <p>12) wykluczenie czynnych zakażeń miejscowych lub ogólnoustrojowych;</p> <p>13) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego;</p> <p>14) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:</p> <p>a) wyniki badań czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),</li><li>– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,</li></ul> <p>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>– liczba płytek krwi większa lub równa <math>10^5/\text{mm}^3</math>,</li><li>– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa <math>1500/\text{mm}^3</math>,</li><li>– poziom hemoglobiny większy lub równy 9,5 g/dl;</li></ul> <p>15) prawidłowe stężenie glukozy we krwi;</p> <p>16) niestosowanie leków z grupy silnych i umiarkowanych inhibitorów CYP3A4 (w szczególności ketokonazol, itrakonazol, worikonazol, klarytromycyna, telitromycyna, erytromycyna, werapamil, flukonazol, diltiazem, cyklosporyna).</p> |  |  |
|--|--|--|

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

### **5.2. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

### **5.3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na everolimus lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;
- 4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;
- 5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;
- 6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.

## **6. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej temsyrolimus**

### **6.1. Kryteria kwalifikacji**

1. Do programu mogą być zakwalifikowani pacjenci spełniający następujące kryteria:

- 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego;
- 2) nowotwór w stadium zaawansowanym (pierwotne uogólnienie lub nawrót po pierwotnym leczeniu chirurgicznym);
- 3) brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego raka nerki;
- 4) stan sprawności 60 lub wyższy wg skali Karnofsky'ego;
- 5) niekorzystne rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);
- 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 7) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą komputerowej tomografii (KT) lub magnetycznego rezonansu (MR) z

<p>zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR;</p> <p>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:</p> <p>a) wyniki badań czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nie wyższy niż 3-krotność górnej granicy określającej normę (w przypadku przerzutów do wątroby nie wyższy niż 5-krotność),</li><li>- stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),</li></ul> <p>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>c) wyniki badań morfologii krwi z rozmazem:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- liczba płytek krwi większa lub równa 100 000/mm<sup>3</sup>,</li><li>- bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa 1500/mm<sup>3</sup>,</li><li>- poziom hemoglobiny większy lub równy 8 mg/dl;</li></ul> <p>9) poziom cholesterolu, badanego na czczo, nie wyższy niż 350 mg/dl (9,1 mmol na litr);</p> <p>10) poziom trójglicerydów badanych na czczo nie wyższy niż 400 mg/dl (4,5 mmol na litr);</p> <p>11) potwierdzona obecność przynajmniej 3 z 6 poniżej wymienionych czynników ryzyka:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- aktywność dehydrogenazy mleczanowej przekraczająca ponad 1,5-krotnie górną granicę normy,</li><li>- stężenie hemoglobiny poniżej dolnej granicy normy,- stężenie skorygowane wapnia w surowicy &gt; 10 mg/dl (2,5 mmol/l),</li><li>- krótszy niż 12 miesięcy czas od ustalenia rozpoznania do chwili włączenia do leczenia,</li><li>- stopień sprawności według skali Karnofsky'go poniżej 80 (60 lub 70),</li><li>- potwierdzenie obecności przerzutów w więcej niż jednym narządzie;</li></ul> <p>12) nieobecne przerzuty w OUN lub sytuacje po leczeniu chirurgicznym lub/i radioterapii (chorzy po wcześniejszym leczeniu z powodu przerzutów w OUN</p>		
---	--	--

mogą być kwalifikowani do programu jedynie w przypadku stabilnego stanu neurologicznego i braku konieczności stosowania kortykosteroidów).

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

2. Do programu kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni temsyrolimusem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem badań klinicznych) w celu zapewnienia kontynuacji terapii.

### **6.2. Określenie czasu leczenia w programie**

Chorzy na zaawansowanego raka nerkowokomórkowego z grupy wysokiego ryzyka powinni kontynuować leczenie temsyrolimusem do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych, które uniemożliwiają dalsze stosowanie leku.

### **6.3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na temsyrolimus lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;
- 4) utrzymujący się stan sprawności 60 lub niższy według skali Karnofsky'ego;
- 5) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.

## **7. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej kabozantynib**

### **7.1. Kryteria kwalifikacji**

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego z przeważającym (powyżej 50% utkania) komponentem jasnokomórkowym;
- 3) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego;
- 4) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia z zastosowaniem terapii celowanej na czynnik wzrostu śródbłonna naczyniowego (VEGF) stosowanej jako jedyne leczenie albo jako leczenie poprzedzone wcześniejszą immunoterapią cytokiną;

<p>5) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykałnej lub oszczędzającej);</p> <p>6) zmiany możliwe do obiektywnej oceny w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu badań obrazowych i według RECIST;</p> <p>7) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze wycięcie przerzutów lub radioterapia, o ile po leczeniu utrzymuje się stan bezobjawowy);</p> <p>8) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;</p> <p>9) korzystne lub pośrednie rokowanie według skali MSKCC (Memorial Sloan-Kettering Cancer Center);</p> <p>10) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</p> <p>11) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego;</p> <p>12) zadowalająca wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:</p> <p>a) wyniki badań czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 1.5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),</li> <li>– aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginianowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy,</li> </ul> <p>b) klirens kreatyniny <math>\geq 30</math> ml/min.,</p> <p>c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– liczba płytek krwi większa lub równa <math>105/\text{mm}^3</math>,</li> <li>– bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa <math>1500/\text{mm}^3</math>,</li> <li>– poziom hemoglobiny większy lub równy <math>9,5 \text{ g/dl}</math>;</li> </ul> <p>13) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;</p> <p>14) niewystępowanie stanów klinicznych, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają włączenie terapii.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni kabozantynibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod</p>		
---	--	--

warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

### **7.2. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

### **7.3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na kabozantynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;
- 4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;
- 5) konieczność stosowania leków z grupy silnych inhibitorów CYP3A4;
- 6) wystąpienie chorób lub stanów, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwiają prowadzenie leczenia;
- 7) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.

## **8. Leczenie raka nerki przy wykorzystaniu substancji czynnej niwolumab**

### **8.1. Kryteria kwalifikacji**

- 1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka nerkowokomórkowego z przeważającym komponentem jasnokomórkowym;
- 2) nowotwór w stadium zaawansowanym (miejscowy nawrót lub przerzuty odległe), który nie kwalifikuje się do leczenia miejscowego;
- 3) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszego leczenia antyangiogennego z wykorzystaniem wielokinazowych inhibitorów (sunitynib, pazopanib, sorafenib) stosowanego jako jedyne leczenie albo jako leczenie poprzedzone wcześniejszą immunoterapią cytokiną;
- 4) uprzednie wykonanie nefrektomii (radykałnej lub oszczędzającej);
- 5) zmiany możliwe do oceny według systemu odpowiedzi RECIST 1.1;
- 6) nieobecność przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym (dopuszczalne wcześniejsze radykalne leczenie, o ile utrzymuje się stan bezobjawowy);



- 7) stan sprawności 80-100 wg skali Karnofsky'ego;
- 8) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem bielactwa, cukrzycy typu 1, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy niewymagającej leczenia systemowego,
- 10) niestosowanie systemowe leków steroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku steroidowego) lub leków immunosupresyjnych w ciągu ostatnich 14 dni przed rozpoczęciem leczenia niwolumabem (sterydy wziewne są dozwolone);
- 11) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym;
- 12) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS;
- 13) nieobecność ostrych stanów zapalnych wątroby;
- 14) nieobecność przewlekłych stanów zapalnych wątroby, które w opinii lekarza mogą zagrażać bezpieczeństwu terapii niwolumabem;
- 15) nieobecność innych aktywnych schorzeń, które w opinii lekarza mogłyby maskować działania niepożądane niwolumabu, jak np. przewlekłe biegunki, ostre zapalenie uchyłków, przewlekłe zapalenie uchyłków w wywiadzie;
- 16) nieobecność istotnych klinicznie objawów toksyczności związanych z uprzednio stosowaną terapią przeciwnowotworową;
- 17) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:
  - a) wyniki badań czynności wątroby:
    - stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),
    - aktywność aminotransferaz: alaninowej (AlAT) i asparaginianowej (AspAT) w surowicy, nieprzekraczające 3-krotnie górnej granicy normy,
  - b) wartość klirensu kreatyniny  $\geq 30$  ml/min,
  - c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:
    - liczba płytek krwi  $\geq 105$ /mm<sup>3</sup>,

- liczba leukocytów  $\geq 2000/\text{mm}^3$ ,
- bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych  $\geq 1500/\text{mm}^3$ ,
- stężenie hemoglobiny  $\geq 9,5 \text{ g/dl}$ ;

- 18) nieobecność nadwrażliwości na przeciwciała monoklonalne w wywiadzie;
- 19) nieobecność stanów, które w opinii lekarza stanowią udokumentowane przeciwwskazanie do terapii niwolumabem;
- 20) wiek powyżej 18 roku życia.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

### 8.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

### 8.3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku wg kryteriów RECIST 1.1;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na niwolumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) ciąża i karmienie piersią;
- 4) wystąpienie toksyczności na tle immunologicznym zależnej od leczenia, m.in. (stopnie toksyczności zgodnie z NCI-CTCAE v4):
  - a) zapalenie płuc stopnia 3. lub 4.,
  - b) biegunka lub zapalenie jelita grubego stopnia 4.,
  - c) zapalenie wątroby: zwiększenie aktywności AspAT, AlAT lub bilirubiny całkowitej stopnia 3. lub 4. (wzrost stężenia AspAT lub AlAT więcej niż 5 x w stosunku do górnej granicy normy lub wzrost stężenia całkowitej bilirubiny więcej niż 3 x w stosunku do górnej granicy normy),
  - d) zapalenie nerek lub zaburzenia czynności nerek - wzrost stężenia kreatyniny stopnia 4.: więcej niż 6 x w stosunku do górnej granicy normy,
  - e) endokrynopatie pochodzenia immunologicznego: niedoczynność tarczycy stopnia 4., nadczynność tarczycy stopnia 4., niedoczynność przysadki stopnia 4., niewydolność kory nadnerczy stopnia 3. lub 4., cukrzyca stopnia 4.,

f) wysypka stopnia 4.,

g) działania niepożądane pochodzenia immunologicznego stopnia 2. lub 3., które utrzymują się pomimo modyfikacji leczenia lub w przypadku braku możliwości zredukowania dawki kortykosteroidów do 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku;

5) utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;

6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.

**9. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej**

1) Z dniem 1 kwietnia 2018 r. do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej.

2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.

3) Pacjenci, o których mowa w pkt 1, nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.

4) Pacjenci, o których mowa w pkt 1, kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.

**LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE (ICD - 10 C82.0; C82.1; C82.7)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<b>Część I: Leczenie chorych na chłoniaka grudkowego obinutuzumabem (ICD – 10 C.82.0; C.82.1; C.82.7) – pierwsza linia.</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia kwalifikowani są wcześniej nieleczeni pacjenci z chłoniakiem grudkowym spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek <math>\geq 18</math> roku życia;</li> <li>2) potwierdzony histologicznie zaawansowany chłoniak grudkowy (stadium II bulky, III, IV wg Ann Arbor);</li> <li>3) stan ogólny według WHO 0 – 2.</li> </ol> <p><b>2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) czynne zakażenie HBV lub HCV;</li> <li>2) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy dla danego laboratorium;</li> <li>3) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy dla danego laboratorium;</li> <li>4) niewydolność krążenia wg skali NYHA &gt; II;</li> <li>5) niewydolność wieńcowa wg skali CSS &gt; II;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1) Chłoniak złośliwy typu grudkowego wymagający leczenia – leczenie indukcyjne</b></p> <p><i>Leczenie indukcyjne (w skojarzeniu z chemioterapią - CHOP, CVP lub Bendamustyna)</i></p> <p><i>Cykl 1</i></p> <p>Obinutuzumab w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1 dniu ((dopuszcza się rozdzielenie dawki -100 mg w 1. dniu i 900 mg w 2. dniu), 8. dniu i 15. dniu pierwszego cyklu leczenia.</p> <p><i>Cykle 2-6 lub 2-8 (liczba cykli oraz ich długość zależna od zastosowanego schematu chemioterapii zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego)</i></p> <p>Obinutuzumab w dawce 1000 mg w skojarzeniu z chemioterapią podaje się w 1. dniu każdego cyklu leczenia.</p> <p>Leczenie indukcyjne obejmuje nie więcej niż 8 cykli.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;</li> <li>2) ocena wydolności nerek i wątroby (stężenie kreatyniny, eGFR, kwasu moczowego, AST, ALT, i bilirubiny całkowitej w surowicy krwi);</li> <li>3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li> <li>4) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR);</li> <li>5) badanie histologiczne węzła chłonnego lub tkanki pozawęzłowej w tym ocena obecności antygenu CD20;</li> <li>6) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HbsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA;</li> <li>7) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anty-HCV badanie HCV-RNA;</li> <li>8) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym.</li> </ol> <p>Badania stosownie do wskazań lekarskich podczas diagnostyki chłoniaka w danej lokalizacji.</p>

- 6) inne czynne, ciężkie zakażenia;
- 7) ciąża.

### 3. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Maksymalny czas leczenia indukcyjnego wynosi 6-8 cykli w zależności od zastosowanej chemioterapii, zaś maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata.

### 4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab, którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie (reakcje związane z wlewem 4. stopnia wg CTCAE oraz powtórne wystąpienie reakcji związanych z wlewem stopnia 3.);
- 2) wystąpienie powikłań narządowych 4. stopnia, związanych z leczeniem obinutuzumabem;
- 3) progresja choroby w trakcie leczenia, oceniana po podaniu co najmniej 2 cykli leczenia;
- 4) rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii (PML);
- 5) czynne zakażenie HBV lub HCV;
- 6) ciąża.

### 2) Chłoniak złośliwy typu grudkowego – leczenie podtrzymujące

Obinutuzumab w dawce 1000 mg w monoterapii podaje się raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby w trakcie leczenia podtrzymującego.

### 2. Monitorowanie leczenia

Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku:

- 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;
- 2) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;
- 3) stężenie kwasu moczowego w surowicy krwi;
- 4) elektrolity (stężenie sodu i potasu);
- 5) aktywność AST, ALT;
- 6) stężenie bilirubiny w surowicy krwi.

Badanie przeprowadzane po zakończeniu leczenia indukcyjnego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia)

- 1) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR).

### 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (rejestrze SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub

w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**Część II: Leczenie chorych na chłoniaka grudkowego obinutuzumabem (ICD – 10 C.82.0; C.82.1; C.82.7) – oporność lub progresja**

**1. Kryteria kwalifikacji**

Do leczenia kwalifikowani są pacjenci z chłoniakiem grudkowym spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:

- 1) wiek  $\geq 18$  roku życia;
- 2) potwierdzony histologicznie chłoniak złośliwy typu grudkowego;
- 3) brak odpowiedzi na leczenie lub progresja choroby podczas leczenia lub maksymalnie do 6 miesięcy po zakończeniu leczenia rytuksymabem lub schematem zawierającym rytuksymab;
- 4) stan ogólny według WHO 0 – 2.

**2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**

- 1) czynne zakażenie HBV lub HCV;
- 2) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy;
- 3) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy;
- 4) niewydolność krążenia wg NYHA >II;
- 5) niewydolność wieńcowa wg CCS > II;
- 6) inne czynne, ciężkie zakażenia;
- 7) ciąża.

**1. Dawkowanie**

**1) Chłoniak złośliwy typu grudkowego - leczenie indukcyjne**

*Leczenie indukcyjne (w skojarzeniu z bendamustyną)*

*Cykl 1*

Obinutuzumab podaje się w skojarzeniu z bendamustyną w zalecanej dawce 1000mg w 1. dniu (dopuszcza się rozdzielenie dawki -100 mg w 1. dniu i 900 mg w 2. dniu), 8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.

*Cykle 2-6*

Zalecaną dawkę obinutuzumabu - 1000 mg w skojarzeniu z bendamustyną podaje się w 1. dniu każdego 28-dniowego cyklu leczenia.

Bendamustynę w dawce 90 mg/m<sup>2</sup> podaje się dożylnie w 1. i 2. dniu każdego cyklu leczenia (*cykle 1-6*). Dopuszcza się redukcję dawki zgodnie z zapisem w ChPL.

**2) Chłoniak złośliwy typu grudkowego - leczenie podtrzymujące**

Obinutuzumab w dawce 1000 mg w monoterapii podaje się raz na 2 miesiące przez dwa lata lub do wystąpienia progresji choroby.

**1. Badania przy kwalifikacji**

- 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;
- 2) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita);
- 3) aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH);
- 4) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR);
- 5) badania przesiewowe w kierunku WZW typu B, zawierające co najmniej testy w kierunku HbsAg i HbcAb; a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HbcAb badanie HBV-DNA;
- 6) badania przesiewowe w kierunku WZW typu C, zawierające co najmniej oznaczenie przeciwciał anti-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku badania na obecność przeciwciał anti-HCV badanie HCV-RNA;
- 7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.

Badania stosownie do wskazań lekarskich podczas diagnostyki chłoniaka w danej lokalizacji.

**2. Monitorowanie leczenia**

Badania przeprowadzane przed każdym podaniem leku:

- 1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;
- 2) stężenie kreatyniny;
- 3) stężenie kwasu moczowego;
- 4) elektrolity (stężenie sodu i potasu);

<p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b> Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Maksymalny czas leczenia indukcyjnego wynosi 6 cykli, zaś maksymalny czas leczenia podtrzymującego wynosi 2 lata.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab, którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie; (reakcje związane z wlewem 4. stopnia wg CTCAE oraz powtórne wystąpienie reakcji związanych z wlewem stopnia 3.);</li><li>2) wystąpienie powikłań narządowych 4. stopnia;</li><li>3) progresja choroby w trakcie leczenia oceniana po podaniu co najmniej 2 cykli leczenia;</li><li>4) potwierdzone rozpoznanie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii;</li><li>5) czynne zakażenie HBV lub HCV;</li><li>6) ciąża.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>5) aktywność AST, ALT;</li><li>6) stężenie bilirubiny.</li></ol> <p>Badania przeprowadzane po zakończeniu leczenia indukcyjnego lub w przypadku podejrzenia progresji choroby (nie wcześniej niż po 2 cyklach leczenia):</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badania obrazowe, pozwalające na ocenę stopnia zaawansowania choroby (TK lub PET-TK lub NMR).</li></ol> <p><b>2. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	--

**LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10 C 92.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);</li> <li>2) wiek powyżej 18 roku życia;</li> <li>3) stan ogólny 0-2 według WHO;</li> <li>4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I,</li> <li>b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatinibem,</li> <li>c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL &gt;10% IS w 6 miesiącu leczenia imatinibem</li> <li>d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR - ABL &gt; 1% IS po 12 miesiącach leczenia imatinibem,</li> <li>e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną lub cytogenetyczną lub większą molekularną – BCR-ABL&gt;0,1% IS,</li> <li>f) ze stwierdzoną progresją choroby,</li> <li>g) nietolerujący imatinibu;</li> </ol> </li> <li>5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji dotychczas leczeni nilotynibem lub bosutynibem nietolerujący nilotynibu lub bosutynibu lub z niepowodzeniem leczenia nilotynibem lub bosutynibem</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa dazatynibu w przewlekłej fazie PBSz wynosi 100 mg raz na dobę, podawane doustnie.</p> <p>Zalecana dawka początkowa dazatynibu w zaawansowanych fazach choroby wynosi 140 mg raz na dobę, podawane doustnie. Zaawansowane fazy PBSz obejmują fazę akceleracji, fazę przełomu blastycznego, który może być mieloblastyczny lub limfoblastyczny. Podobnie jest traktowana ostra białaczka limfoblastyczna z chromosomem filadelfijskim (Ph+ALL).</p> <p>W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania dazatynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p><b>2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem.</b></p>	<p><b>1. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową dazatynibem</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),</li> <li>b) AspAT, AlAT,</li> <li>c) kreatynina,</li> <li>d) bilirubina,</li> <li>e) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,</li> <li>f) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie),</li> <li>g) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie).</li> </ol> <p><b>1.2. Monitorowanie leczenia dazatynibem</b></p> <p>Co dwa tygodnie - przez 12 tygodni, a następnie co 3 miesiące lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),</li> <li>b) AspAT, AlAT,</li> <li>c) kreatynina,</li> <li>d) bilirubina.</li> </ol> <p>Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej</p>



<p>6) świadczeniobiorcy w fazie kryzy blastycznej, którzy wcześniej nie otrzymywali dazatynibu, nietolerujący lub nieodpowiadający na imatynib lub bosutynib.</p> <p>W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne.</p> <p><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na dazatynib;</li> <li>2) toksyczność powyżej 2 według WHO, zwłaszcza wystąpienie poważnych pozahematologicznych działań niepożądanych (3-krotny wzrost stężenia bilirubiny, 5-krotny wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych) lub hematologicznych działań niepożądanych (ciężka neutropenia lub małopłytkowość);</li> <li>3) stan sprawności 3-4 według WHO;</li> <li>4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku: <ul style="list-style-type: none"> <li>– brak remisji hematologicznej,</li> <li>– brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są komórki Ph-, ale jest ich mniej niż 35 %);</li> </ul> </li> <li>5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL&gt;1% IS;</li> <li>6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;</li> <li>7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub zwiększeniem o 30% odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u świadczeniobiorców z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym.</li> <li>8) toksyczność hematologiczna lub pozahematologiczna w stopniu 3 lub 4 - która przejawia się pomimo przerw w leczeniu.</li> </ol> <p><b>1.3. Określenie czasu leczenia dazatynibem w programie</b></p> <p>Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla pacjenta z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli nie zostało</p>	<p>Zaleca się podawanie dawki 800 mg nilotynibu na dobę, podawanej w dwóch dawkach po 400 mg co około 12 godzin.</p> <p>W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania nilotynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p><b>3. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem.</b></p> <p>Zaleca się podawanie dawki 500 mg bosutynibu raz na dobę. Zwiększenie dawki do 600 mg raz na dobę jest dozwolone u pacjentów, u których nie wystąpiły ciężkie ani długotrwałe działania niepożądane o nasileniu umiarkowanym w sytuacji:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi hematologicznej do tygodnia 8;</li> <li>– nieosiągnięcie całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej do tygodnia 12.</li> </ul> <p>W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania bosutynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki zgodnie z zapisami zawartymi w ChPL leku Bosulif.</p> <p><b>4. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową ponatynibem</b></p> <p>Rozpoczęcie leczenia dawką 45 mg raz na dobę doustnie zaleca się u chorych z mutacją T315I, mutacjami złożonymi lub progresją</p>	<p>– CCyR lub BCR-ABL&lt;1% IS, a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.</p> <p><b>2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),</li> <li>b) AspAT, AlAT,</li> <li>c) kreatynina,</li> <li>d) bilirubina,</li> <li>e) badanie cytogenetyczne szpiku lub badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,</li> <li>f) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie),</li> <li>g) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie),</li> </ol> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej nilotynibem</b></p> <p>Raz w miesiącu (po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 90 dni):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),</li> <li>b) AspAT, AlAT,</li> <li>c) kreatynina,</li> <li>d) bilirubina.</li> </ol> <p>Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej – CCyR lub BCR-ABL&lt;1% IS, a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.</p> <p><b>2.3. Monitorowanie przewlekłej białaczki szpikowej u pacjentów z uzyskaną trwałą głęboką odpowiedzią molekularną w fazie odstawienia leczenia</b></p>
---	--	---

<p>to wcześniej zrobione, a pacjenci znajdują się w odpowiednim wieku należy rozpocząć poszukiwanie dawcy szpiku.</p> <p><b>2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową nilotynibem</b></p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);</li> <li>2) wiek powyżej 18 roku życia;</li> <li>3) stan ogólny 0-2 według WHO;</li> <li>4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji, dotychczas leczeni imatinibem:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I,</li> <li>b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatinibem,</li> <li>c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL &gt;10% IS w 6 miesiącu leczenia imatinibem</li> <li>d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR - ABL &gt; 1% IS po 12 miesiącach leczenia imatinibem,</li> <li>e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną lub cytogenetyczną lub większą molekularną – BCR-ABL&gt;0,1% IS,</li> <li>f) ze stwierdzoną progresją choroby,</li> <li>g) nietolerujący imatinibu,</li> </ol> </li> <li>5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej i akceleracji dotychczas leczeni dazatynibem lub bosutynibem nietolerujący dazatynibu lub bosutynibu lub z niepowodzeniem leczenia dazatynibem lub bosutynibem.</li> </ol> <p>W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatinibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne.</p> <p><b>2.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na nilotynib;</li> </ol>	<p>PBSz do fazy akceleracji lub kryzy blastycznej.</p> <p>Rozpoczęcie leczenia dawką 30 mg raz na dobę lub 15 mg raz na dobę zaleca się u chorych nietolerujących uprzedniego leczenia inhibitorami kinaz tyrozynowych lub z opornością i współistniejącym podwyższonym ryzykiem powikłań w układzie sercowo – naczyniowym.</p> <p>U świadczeniobiorców, którzy osiągnęli przynajmniej częściową odpowiedź cytogenetyczną (odsetek komórek Ph(+) w szpiku &lt;35%) lub BCR-ABL &lt;10% [IS]* (MR1) można zredukować dawkę ponatynibu do 30 mg lub 15 mg/d w zależności od głębokości odpowiedzi i tolerancji leczenia.</p> <p>W przypadku wystąpienia toksyczności niehematologicznej lub hematologicznej może być konieczne zaprzestanie podawania ponatynibu przez pewien czas lub zmniejszenie podawanej dawki, zgodnie z wytycznymi zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p>U spełniających kryteria pacjentów, u których odstawiono leczenie nilotynibem konieczne jest monitorowanie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) liczby kopii transkryptów BCR-ABL,</li> <li>b) morfologii krwi z rozmazem</li> </ol> <p>Badania należy wykonywać nie rzadziej niż co 4 tygodnie przez pierwsze 6 miesięcy od odstawienia nilotynibu, następnie co 6 tygodni przez kolejne 6 miesięcy, a później co 12 tygodni.</p> <p>Po ponownym włączeniu leczenia u pacjentów, którzy utracili większą odpowiedź molekularną (MMR) w trakcie fazy odstawienia leczenia nilotynibem konieczne jest monitorowanie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) liczby kopii transkryptów BCR-ABL,</li> <li>b) morfologii krwi z rozmazem co 4 tygodnie do czasu odzyskania MMR, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące</li> </ol> <p>Monitorowanie liczby i kopii transkryptów BCR-ABL musi być wykonywane za pomocą ilościowego badania molekularnego*</p> <p><b>2. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),</li> <li>b) AspAT, AlAT,</li> <li>c) kreatynina,</li> <li>d) bilirubina,</li> <li>e) badanie cytogenetyczne szpiku (opcjonalnie)</li> <li>f) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie)</li> <li>g) badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,</li> </ol>
--	---	--

- 2) toksyczność powyżej 2 według WHO, zwłaszcza wystąpienie poważnych pozahematologicznych działań niepożądanych (3-krotny wzrost stężenia bilirubiny, 5-krotny wzrost aktywności aminotransferaz wątrobowych) lub hematologicznych działań niepożądanych (ciężka neutropenia lub małopłytkowość);
- 3) stan sprawności 3-4 według WHO;
- 4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku:
  - brak remisji hematologicznej,
  - brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są komórki Ph-, ale jest ich mniej niż 35 %);
- 5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL>1% IS;
- 6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;
- 7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub zwiększeniem o 30% odsetka komórek z chromosomem Filadelfia u świadczeniobiorców z remisją cytogenetyczną mniejszą niż całkowita, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym.

### 2.3. Określenie czasu leczenia nilotynibem w programie

Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla pacjenta z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli nie zostało to wcześniej zrobione, a pacjenci znajdują się w odpowiednim wieku należy rozpocząć poszukiwanie dawcy szpiku.

Można rozważyć odstawienie leczenia u pacjentów, którzy uzyskali trwałą głęboką odpowiedź molekularną (przynajmniej MR4.0) podczas leczenia nilotynibem, po wcześniejszym leczeniu imatynibem (pkt. 2.4).

### 2.4. Kryteria odstawienia leczenia nilotynibem u pacjentów, którzy uzyskali trwałą głęboką odpowiedź molekularną (przynajmniej MR4.0) oraz warunki wznowienia leczenia

Można rozważyć zakończenie leczenia u pacjentów z PBSz w fazie przewlekłej z chromosomem Philadelphia (Ph+) spełniających łącznie poniższe kryteria:

### 2.2. Monitorowanie leczenia bosutynibem

Raz w miesiącu (po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 90 dni):

- a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),
- b) AspAT, AlAT,
- c) kreatynina,
- d) bilirubina.

Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne: co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej CCyR lub BCR-ABL <1% [IS]\*(MR<sup>2</sup>), a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni \*

### 3. Leczenie przewlekłej białaczki szpikowej ponatynibem

#### 3.1. Badania przy kwalifikacji

- a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),
- b) AspAT, AlAT,
- c) kreatynina,
- d) bilirubina, lipaza, trójglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL i -LDL
- e) badanie cytogenetyczne szpiku lub ilościowe badanie molekularne PCR na obecność genu BCR-ABL,
- f) badanie mutacji domeny kinazy ABL
- g) badanie cytogenetyczne krwi (opcjonalnie),
- h) badanie cytologiczne szpiku (opcjonalnie),

#### 3.2. Monitorowanie leczenia przewlekłej białaczki szpikowej ponatynibem

Raz w miesiącu (po uzyskaniu całkowitej remisji hematologicznej co 90 dni):

<p>1) w pierwszej linii leczenia stosowano imatynib  2) leczenie nilotynibem przez co najmniej 3 lata,  3) w tym głęboka odpowiedź molekularna utrzymuje się przez minimum jeden rok bezpośrednio przed planowanym odstawieniem leczenia.</p> <p>Pacjenci z utratą większej odpowiedzi molekularnej (MMR): BCR-ABL &gt;0,1% [IS]* powinni wznowić leczenie nilotynibem w ciągu 4 tygodni od stwierdzenia utraty MMR.</p> <p>W przypadku, gdy pacjent nie toleruje procesu odstawienia leku, możliwy jest powrót do leczenia nilotynibem.</p> <p><b>3. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową bosutynibem</b></p> <p><b>3.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);  2) wiek powyżej 18 roku życia;  3) stan ogólny 0-2 według WHO;  4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej lub akceleracji dotychczas leczenia imatinibem:  a) u których występuje oporność na imatinib z obecnością mutacji innej niż T315I,  b) którzy nie osiągnęli remisji hematologicznej po co najmniej 3 miesiącach leczenia imatynibem,  c) u których brak jest częściowej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL &gt;10% [IS]* (MR<sup>1</sup>) w 6 miesiącu leczenia imatynibem  d) u których brak jest całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej lub BCR-ABL &gt;1% [IS]*(MR<sup>2</sup>) po 12 miesiącach leczenia imatynibem,  e) którzy utracili osiągniętą wcześniej odpowiedź hematologiczną, cytogenetyczną lub większą odpowiedź molekularną - BCR-ABL &gt;0,1% [IS]* (MR<sup>3</sup>)  f) ze stwierdzoną progresją choroby,  g) nietolerujący imatinibu,  5) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej, akceleracji lub kryzy blastycznej, u których podczas leczenia nilotynibem lub dazatynibem, wystąpiła</p>		<p>a) morfologia krwi z rozmazem (leukocyty, płytki krwi, blasty),  b) AspAT, AlAT,  c) kreatynina,  d) bilirubina, lipaza,  e) trójglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL i -LDL - tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem</p> <p>Badanie cytogenetyczne lub ilościowe molekularne : co 90 dni do uzyskania całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej – CCyR (BCR-ABL &lt;1% [IS]*(MR<sup>2</sup>)) a następnie ilościowe badanie molekularne co 90 dni.*</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;  2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;  3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	---

nietolerancja na nilotynib lub dazatynib lub nieodpowiadający na leczenie nilotynibem lub dazatynibem (zgodnie z rekomendacją European Leukemia Net i Polish Acute Leukemia Group),

- 6) świadczeniobiorcy w fazie kryzy blastycznej, którzy wcześniej nie otrzymywali bosutynibu, nietolerujący lub nieodpowiadający na imatynib -lub dazatynib (zgodnie z rekomendacją European Leukemia Net i Polish Acute Leukemia Group).

W razie rozpoznania oporności lub nietolerancji imatynibu, do lekarza prowadzącego należy wybór leku drugiego rzutu (dazatynib, nilotynib albo bosutynib) w oparciu o wskazania medyczne.

### **3.2. Kryteria wyłączenia**

- 1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na bosutynib;
- 2) utrzymywanie się działań niepożądanych powyżej 2 stopnia wg. WHO pomimo czasowej przerwy w podawaniu leku i zmniejszenia dawki – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego
- 3) stan sprawności 3-4 według WHO;
- 4) brak skuteczności leczenia po 3 miesiącach stosowania leku:
  - brak remisji hematologicznej,
  - brak remisji cytogenetycznej mniejszej (definiowanej jako sytuacja, w której w szpiku są obecne komórki Ph(+), ale jest ich mniej niż 35 %);
- 5) brak całkowitej odpowiedzi cytogenetycznej po 6 miesiącach lub BCR-ABL >1% [IS]\* (MR<sup>2</sup>)
- 6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;
- 7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph+)

### **3.3. Określenie czasu leczenia bosutynibem w programie**

Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla świadczeniobiorcy z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli

nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorcy znajdują się w odpowiednim wieku należy rozpocząć poszukiwanie dawcy szpiku.

W ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż 2 inhibitorów kinazy tyrozynowej drugiej generacji, jeśli stwierdza się oporność na te leki.

W przypadku nietolerancji nilotynibu lub dazatynibu stosowanych w drugiej lub trzeciej linii leczenia można zastosować bosutynib jako kolejny inhibitor. W przypadku nietolerancji możliwe jest więc zastosowanie 3 inhibitorów drugiej generacji.

#### **4. Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę szpikową ponatynibem**

##### **4.1. Kryteria kwalifikacji**

- 1) przewlekła białaczka szpikowa z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+);
- 2) wiek powyżej 18 roku życia;
- 3) stan ogólny 0-2 według WHO;
- 4) świadczeniobiorcy w fazie przewlekłej, akceleracji lub kryzy blastycznej, u których występuje oporność na imatynib związana z wykrytą mutacją T315I lub oporność albo nietolerancja leczenia innymi inhibitorami kinazy tyrozynowej lub gdy zastosowanie innego niż ponatynib inhibitora kinazy tyrozynowej objętego refundacją w tych wskazaniach nie jest właściwe z powodów klinicznych.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni ponatynibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

##### **4.2. Kryteria wyłączenia**

- 1) pojawienie się objawów nadwrażliwości na ponatynib;
- 2) utrzymywanie się działań niepożądanych powyżej 2 stopnia wg. WHO pomimo czasowej przerwy w podawaniu leku i zmniejszenia dawki – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego
- 3) stan sprawności 3-4 według WHO;
- 4) brak skuteczności leku po 3 miesiącach stosowania leku:

<p>– brak remisji hematologicznej,  – brak remisji cytogenetycznej minimalnej (odsetek komórek Ph(+) w szpiku &gt;95%)</p> <p>5) brak częściowej remisji cytogenetycznej (odsetek komórek Ph(+) w szpiku &gt;35%) po 6 miesiącach lub BCR-ABL &gt;10% [IS]* (MR<sup>1</sup>)</p> <p>6) znalezienie dawcy szpiku i podjęcie decyzji o wykonaniu zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;</p> <p>7) progresja choroby w trakcie stosowania leku wyrażająca się utratą odpowiedzi hematologicznej, utratą dotychczasowej odpowiedzi cytogenetycznej, pojawieniem się nowych aberracji chromosomalnych w klonie białaczkowym Filadelfia (Ph +) lub nowych mutacji ABL</p> <p><b>4.3. Określenie czasu leczenia ponatynibem w programie</b></p> <p>Leczenie należy kontynuować tak długo, jak długo przynosi ono korzyść kliniczną dla świadczeniobiorcy z uwzględnieniem kryteriów wyłączenia z programu. Jeżeli nie zostało to wcześniej zrobione, a świadczeniobiorcy znajdują się w odpowiednim wieku należy wszcząć procedurę kwalifikacji do leczenia przeszczepieniem komórek krwiotwórczych.</p>		
---	--	--

\*Badania wykonywane wyłącznie w laboratoriach, które uzyskały certyfikat standaryzacji oznaczania genu BCR/ABL wydawany przez PALG (Polish Adult Leukemia Group) lub Polskie Towarzystwo Genetyki Człowieka

**ZAPOBIEGANIE KRWAWIENIOM U DZIECI Z HEMOFILIĄ A I B (ICD-10 D 66, D 67)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii pierwotnej i wtórnej profilaktyki krwawień oraz leczenia hemofilii powikłanej nowo powstałym krążącym antykoagulantem dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Moduł pierwotnej profilaktyki krwawień</b></p> <p><b>1.1.</b> Pierwotna profilaktyka krwawień u dzieci od 1. dnia życia z zachowaniem ciągłości leczenia do ukończenia 18. roku życia, z ciężką postacią hemofilii A lub B, o poziomie aktywności czynników krzepnięcia VIII lub IX równym lub poniżej 1% poziomu normalnego.</p> <p>Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty czynników krzepnięcia, odpowiednio czynnika VIII lub czynnika IX - osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu.</p> <p><b>1.2.</b> Pierwotna profilaktyka krwawień nowozdiagnozowanych dzieci z ciężką postacią hemofilii A i B wcześniej nie leczonych czynnikami krzepnięcia osoczopochodnymi (ludzkimi), u których wystąpiło nie więcej niż jedno krwawienie dostawowe,</p>	<p><b>1. Pierwotna profilaktyka krwawień</b></p> <p>1) czynnik VIII osoczopochodny, czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu:</p> <p>a) dzieci do ukończenia 2. roku życia – 100-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie);</p> <p>b) dzieci powyżej 2. roku życia – 140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>2) czynnik IX osoczopochodny: 100-400 j. m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).</p> <p>3) czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu: 120-480 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).</p> <p><b>2. Wtórna profilaktyka krwawień</b></p> <p>1) czynnik VIII osoczopochodny:</p> <p>a) dzieci do ukończenia 2. roku życia, 200-</p>	<p><b>1.</b> W ramach kwalifikacji świadczeniobiorcy do udziału w programie, na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii, wykonuje się następujące badania:</p> <p>1) badania przesiewowe:</p> <p>a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT),</p> <p>b) czas protrombinowy (PT),</p> <p>c) czas trombinowy (TT);</p> <p>2) wykonanie testu korekcji osoczem prawidłowym;</p> <p>3) ocena aktywności czynników krzepnięcia I, VIII i IX, von Willebranda (vWFRCo), XI, XII;</p> <p>4) antygen czynnika von Willebranda (vWFAg);</p> <p>5) ocena miana inhibitora czynnika VIII i IX u dzieci uprzednio leczonych (test Bethesda w modyfikacji Nijmegen);</p> <p>6) wykonanie badań wirusologicznych (w tym HCV PCR, HBV PCR u chorych z obecnymi przeciwciałami anty HCV, HBV PCR u chorych z dodatnim antygenem HBs)</p> <p>7) morfologia krwi.</p> <p>W związku z realizacją modułów programu, inne niż wymienione w pkt 1-7 badania, są wykonywane na podstawie indywidualnych decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji</p>



<p>rozpoczęta do 3. roku życia.</p> <p>Substancja czynna finansowana w ramach pierwotnej profilaktyki krwawień – koncentraty rekombinowanych czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX, minimum drugiej generacji lub o przedłużonym działaniu.</p> <p><b>1.3.</b> Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu;</li> <li>2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu.</li> </ol> <p><b>2. Moduł wtórnej profilaktyki krwawień</b></p> <p><b>2.1.</b> Wtórna profilaktyka krwawień jest prowadzona u dzieci od 1. dnia życia do ukończenia 18. roku życia, chorych na hemofilię A lub B, po wystąpieniu więcej niż jednego krwawienia do stawów.</p> <p>Substancja czynna finansowana w ramach wtórnej profilaktyki krwawień – koncentraty czynników krzepnięcia, odpowiednio czynnika VIII lub czynnika IX:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu;</li> <li>2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o</li> </ol>	<p>700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie);</p> <p>b) dzieci powyżej 2. roku życia; 225-700 j.m. /kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) czynnik VIII rekombinowany, czynnik VIII rekombinowany o przedłużonym działaniu: 140-700 j.m./kg m. c. na 28 dni (4 tygodnie).</li> <li>3) czynnik IX osoczopochodny, czynnik IX rekombinowany, czynnik IX rekombinowany o przedłużonym działaniu: 120-400 j.m./kg m. c., na 28 dni (4 tygodnie).</li> </ol> <p><b>3. U dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego,</b> zapewnienie czynnika VIII lub IX do zabiegu, według schematu:</p> <p><b>3.1.</b> Dawkowanie czynnika VIII:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pierwsza doba: 40 do 70 j.m./kg m. c., co 8 godzin;</li> <li>2) od drugiej do piątej doby: 30 do 50 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;</li> <li>3) szósta doba jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.;</li> <li>4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 50 j.m./kg m. c.</li> </ol> <p><b>3.2.</b> Dawkowanie czynnika IX</p>	<p>leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B. Regionalne centra leczenia hemofilii są zobligowane do zapewnienia do nich dostępu.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1.</b> Ocena skuteczności leczenia</p> <p>W zależności od oceny klinicznej należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) RTG stawów - nie częściej niż raz w roku;</li> <li>2) USG stawów - nie rzadziej niż raz w roku;</li> <li>3) NMR - w razie trudności diagnostycznych w ocenie stawów.</li> </ol> <p><b>2.2.</b> W ramach monitorowania leczenia obowiązkowe jest prowadzenie rejestru krwawień dla danego pacjenta oraz rejestracja danych wymaganych w programie do prowadzenia rejestru dla każdego pacjenta.</p> <p>Badania w monitorowaniu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) aminotransferaza alaninowa (AlAT) co najmniej raz w roku;</li> <li>2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT) co najmniej raz w roku;</li> <li>3) obecność przeciwciał anti-HBs;</li> <li>4) obecność antygenu HBs (w przypadku braku miana zabezpieczającego przeciwciał anti-HBs), u dodatnich przeciwciała anti-HBc i anti HBe, DNA HBV;</li> <li>5) przeciwciała anti-HCV (raz w roku), u dodatnich RNA HCV;</li> <li>6) przeciwciała anti-HIV (w uzasadnionych przypadkach), u dodatnich RNA HIV;</li> <li>7) USG naczyń w okolicy dościa żylnego, nie rzadziej niż raz w roku;</li> <li>8) badanie ogólne moczu.</li> </ol>
--	--	--

przedłużonym działaniu.

**2.2.** Zapewnienie koncentratów czynników krzepnięcia, odpowiednio, czynnika VIII lub czynnika IX dla dzieci, u których konieczne jest założenie centralnego dostępu żylnego:

- 1) dla grupy określonej w ust. 1.1. – osoczopochodnych (ludzkich) oraz rekombinowanych lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu;
- 2) dla grupy określonej w ust. 1.2. – rekombinowanych minimum drugiej generacji lub rekombinowanych o przedłużonym działaniu.

**3. Objęcie programem wywoływania tolerancji immunologicznej wszystkich pacjentów z hemofilią powikłaną nowopowstałym krążącym antykoagulantem (inhibitorem) (powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania powyżej 6 miesięcy od momentu wykrycia).**

Finansowanie realizacji wywoływania tolerancji immunologicznej odbywa się poprzez realizację stosownych umów z podmiotami odpowiedzialnymi. Wymóg zawarcia przedmiotowych umów jest zapisywany w specyfikacji przetargowej.

Decyzja o rodzaju i dawce leku oraz czasie terapii stosowanej w ramach modułu wywołania indukcji tolerancji immunologicznej jest podejmowana przez Zespół Koordynacyjny, zgodnie ze standardem leczenia hemofilii powikłanej inhibitorem.

Kryteria włączenia do przedmiotowego modułu nowopowstałego inhibitora u dzieci do 18. roku życia:

- 1) pacjenci z hemofilią powikłaną nowopowstałym krążącym antykoagulantem (inhibitorem) (powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania

osoczopochodnego:

- 1) pierwsza doba: 50 do 80 j.m./kg m. c., co 12 godzin;
- 2) od drugiej do piątej doby: 40 do 60 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;
- 3) szósta doba jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c.;
- 4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 40 do 60 j.m./kg m. c.

**3.3.** Dawkowanie czynnika IX rekombinowanego, czynnika IX rekombinowanego o przedłużonym działaniu:

- 1) pierwsza doba: 40 do 120 j.m./kg m. c., co 12 godzin;
- 2) od drugiej do piątej doby: 30 do 80 j.m./ kg m. c., co 12 godzin;
- 3) szósta doba jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c.;
- 4) dziesiąta doba (zdjęcie szwów) jednorazowo: 30 do 80 j.m./kg m. c.

**3.4.** Dawkowanie rekombinowanego czynnika krzepnięcia IX połączonego z rekombinowaną albuminą w leczeniu okołozabiegowym:

- 1) pierwsza dawka czynnika IX, 50-100 j.m. / kg mc. przed zabiegiem;
- 2) powtarzać przez pierwszy tydzień co 24-72 godz. w dawce 50-

**2.3.** Na podstawie decyzji lekarza lokalnego lub regionalnego centrum leczenia hemofilii możliwe jest, w ramach monitorowania leczenia, wykonanie następujących badań:

- 1) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (aPTT);
- 2) ocena aktywności czynników krzepnięcia VIII i IX (w hemofilii A – czynnika VIII, w hemofilii B – czynnika IX); w zależności od sytuacji klinicznej powyższe badanie należy wykonać w razie braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce oraz w innych uzasadnionych sytuacjach (np. przed zabiegami i procedurami inwazyjnymi lub po zmianie produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny)  
- w przypadku leczenia moroktokogiem alfa do oceny aktywności czynnika krzepnięcia VIII należy stosować metodę z użyciem substratu chromogennego.

**2.4.** Oznaczanie inhibitora

- 1) do 150 przetoczeń - co 3 miesiące lub po każdym 10 przetoczeniach;
- 2) powyżej 150 przetoczeń - co 6 do 12 miesięcy;
- 3) w momencie zmiany produktu leczniczego koncentratu czynnika krzepnięcia na inny;
- 4) w przypadku stwierdzenia braku skuteczności czynnika w dotychczasowej dawce.

W przypadku niewykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane zgodnie z powyższym opisem.

W przypadku wykrycia inhibitora kolejne jego oznaczenia powinny być wykonywane co miesiąc (możliwa jest zmiana częstotliwości

<p>inhibitora powyżej 6 miesięcy) zakwalifikowani na podstawie decyzji Zespołu Koordynującego ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B;</p> <p>2) pacjenci uprzednio zakwalifikowani do programu, jednak stwierdzenie obecności inhibitora dotyczy okresu prowadzonej profilaktyki, która miała miejsce po dniu 15 stycznia 2010 r.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>Stwierdzenie obecności inhibitora (krążącego antykoagulantu o mianie powyżej 5 B.U. oraz o mianie niższym lub równym 5 B.U. w przypadku przetrwania inhibitora powyżej 6 miesięcy).</p> <p><b>5. Kryteria zakończenia udziału w programie lub module programu</b> (dotyczy przyczyn, z powodu których udział pacjenta – uprzednio zakwalifikowanego – w przedmiotowym programie musi zostać zakończony):</p> <p>1) stwierdzenie obecności nowo powstałego inhibitora (powyżej 5 B.U.) lub utrzymywanie się inhibitora w mianie niższym lub równym 5 B.U. przez ponad 6 miesięcy;</p> <p>2) ukończenie 18. roku życia.</p> <p><b>6. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do momentu ukończenia 18. roku życia lub do momentu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>	<p>100 j/kg mc.;</p> <p>3) trzecia dawka w dniu zdjęcia szwów, 50 - 80 j.m./ kg mc. (10 -14 doba).</p> <p>Dawkowanie koncentratów czynnika krzepnięcia u pacjentów, u których stwierdzono utrzymywanie się inhibitora w mianie poniżej 5 B.U. oraz nieskuteczność leczenia w dotychczasowej dawce, może zostać ustalone indywidualnie przez Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie zapobiegania krwawieniom u dzieci z hemofilią A i B.</p>	<p>oznaczania inhibitora na podstawie decyzji lekarza regionalnego centrum leczenia hemofilii).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>2) Uzupelnienie przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynujący danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia.</p> <p>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	---

**LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI U DZIECI (ICD-10 D80, W TYM: D80.0, D80.1, D80.3, D80.4, D80.5, D80.6, D80.8, D80.9; D81 W CAŁOŚCI; D82, W TYM: D82.0, D82.1, D82.3, D82.8, D82.9; D83, W TYM: D83.0, D83.1, D83.3, D83.8, D83.9; D89)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b>            1) rozpoznanie pierwotnych zaburzeń odporności - według definicji WHO (World Health Organization na podstawie klasyfikacji IUIS: Frontiers in Immunology, 2011; 2: 54);            2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności;            3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6) jest wskazaniem do rozpoczęcia terapii substytucyjnej.</p> <p>Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta wojewódzkiego lub konsultanta krajowego w dziedzinie immunologii klinicznej.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b>            Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b>            Ciężkie uogólnione reakcje nadwrażliwości</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b>  <b>1.1</b> Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,6-0,8 g/kg m.c. we wlewie iv. w celu znormowania poziomu stężenia IgG w surowicy (dawka może być podzielona na dwa wlewy w odstępie 24 godzin).  <b>1.2</b> Kontynuacja leczenia wlewami w dawce do 0,6 g/kg m. c. w odstępach 3 do 5 tygodni. Modyfikacja dawki odpowiednio do udokumentowanego, osiągniętego ochronnego poziomu IgG w surowicy i stanu klinicznego pacjenta. Ewentualne dodatkowe przetoczenia przy ciężkich infekcjach. W szczególnych przypadkach dawkę można zwiększyć do 0,8 g/kg m.c. ).            W przypadku postaci farmaceutycznej do podań podskórnych preparat powinien umożliwić osiągnięcie stałego poziomu IgG. Świadczeniobiorca może wymagać podania dawki nasycającej co najmniej 0,2 do 0,5 g/kg m.c. w okresie tygodnia (0,1 do 0,15 g/kg masy ciała w okresie jednego dnia). Po osiągnięciu stałego poziomu skumulowanej dawki miesięcznej rzędu 0,3 do 1,0 g/kg m.c. należy oznaczyć stężenia minimalne w celu dostosowania dawek i odstępu pomiędzy dawkami.            Dawkowanie preparatów gammaglobulin do podawania podskórnego: Podskórne preparaty gammaglobulin wydawane są do domu przez placówki realizujące program lekowy. Świadczeniobiorca samodzielnie lub z pomocą podaje je przez pompę infuzyjną nie częściej niż 1 raz w tygodniu. Zależnie od stanu pacjenta i poziomu IgG w surowicy system podawania może być modyfikowany w ten sposób, że podanie leku</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b>            1) morfologia krwi z rozmazem;            2) AlAT;            3) AspAT;            4) oznaczanie subpopulacji limfocytów;            5) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgG lub swoistych przeciwciał;            6) proteinogram;            7) badanie czynności fagocytarnych i neutralizacji patogenów;            8) badanie ekspresji cząstek adhezyjnych;            9) badanie składowych dopełniacza;            10) test stymulacji limfocytów.            W przypadku preparatów gammaglobulin do podawania dożylnego lub podskórnego: badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV) - przed włączeniem leczenia.            O zestawie badań decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej podczas kwalifikacji do programu.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b>  <b>2.1</b> Immunoglobuliny dożylnie            Badanie przeprowadzane przed każdym podaniem leku zgodnie z harmonogramem dawkowania:</p>

<p>na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu. Towarzyszący niedoborowi IgG niedobór IgA z występowaniem przeciwciał przeciwko IgA wymaga leczenia w ośrodku z oddziałem intensywnej terapii.</p>	<p>następuje 1 raz na 7 – 14 dni. Sumaryczna miesięczna dawka odpowiada dawkom preparatów dożylnych.</p> <p>Preparat immunoglobuliny ludzkiej do podawania podskórnego z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy (Ig+rHuPH20): Dawka 0,4-0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 2 do 4 tygodni. W początkowym okresie leczenia odstępy między pierwszymi infuzjami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie. Skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami między infuzjami produktu leczniczego.</p> <p>Oba składniki podaje się w określonej kolejności: najpierw hialuronidazę, a następnie przez tę samą igłę 10% preparat immunoglobulin.</p> <p>W przypadku pacjentów zmieniających leczenie bezpośrednio z immunoglobuliny podawanej dożylnie bądź pacjentów, którzy wcześniej przyjmowali immunoglobulinę dożylnie w udokumentowanych dawkach, produkt leczniczy należy podawać w tej samej dawce i z tą samą częstotliwością jak przy wcześniejszym leczeniu immunoglobuliną dożylną.</p> <p>W przypadku pacjentów leczonych aktualnie immunoglobuliną podawaną podskórną, początkowa dawka produktu leczniczego zawierającego immunoglobulinę ludzką z zastosowaniem rekombinowanej hialuronidazy powinna być taka sama jak w dotychczasowym leczeniu podskórnym, jednak może być dostosowana do 3- lub 4- tygodniowych odstępów między kolejnymi dawkami. Pierwszą infuzję ww. produktu leczniczego należy wykonać tydzień po ostatnim podaniu uprzednio stosowanej immunoglobuliny.</p> <p>Pacjenci dotychczas nieleczeni bądź leczeni preparatami do podawania dożylnego, wymagają szkolenia w warunkach szpitalnych:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pacjent odbywa cztery do sześciu wizyt w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG</li> <li>2) Wizyty pierwsza i/lub druga: SCiG podaje personel medyczny</li> <li>3) Wizyty trzecia i/lub czwarta: SCiG podaje pacjent lub opiekun prawny pacjenta przy pomocy/ nadzorze personelu medycznego</li> <li>4) Wizyty piąta i szósta (opcjonalnie): SCiG administruje samodzielnie pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta pod</li> </ol>	<p>a) morfologia krwi z rozmazem,  b) AIAT,  c) AspAT,  d) poziom IgG w surowicy.</p> <p>Raz na 3 miesiące (przed podaniem immunoglobulin);  w przypadku braku komplikacji raz na pół roku:  - oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi.</p> <p>W przypadku wskazań dodatkowo:  a) IgA w surowicy krwi,  b) IgM w surowicy krwi.</p> <p>Raz na 6 miesięcy:  - USG jamy brzusznej.</p> <p>Powikłania infekcyjne stanowią wskazania do wykonania badań:  a) oznaczanie stężenia immunoglobulin IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał w surowicy krwi.  b) IgA w surowicy krwi,  c) IgM w surowicy krwi,  d) USG jamy brzusznej.</p> <p><b>2.2 Immunoglobuliny podskórne</b>  Badania kontrolne są wykonywane standardowo co 4-6 miesięcy:  a) badania efektywności leczenia (stężenie IgG i podklas IgG lub swoistych przeciwciał),  b) morfologia krwi z rozmazem,  c) AIAT,  d) AspAT.</p> <p>Raz na 6 miesięcy:  - USG jamy brzusznej.</p> <p>Raz na rok:  - badania wirusologiczne (zakażenia HBV, HCV).</p> <p>O zestawie badań w trakcie monitorowania leczenia</p>
---	---	---

	<p>nadzorem personelu medycznego</p> <ol style="list-style-type: none"><li>5) Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania pompy strzykawkowej, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia</li><li>6) Pacjent otrzymuje preparaty SCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta</li><li>7) Preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucyjnie przekraczający 3 miesiące</li></ol>	<p>w ramach programu lekowego decyduje lekarz specjalista immunologii klinicznej.</p>
--	---	---

## LECZENIE PRZEDWCZESNEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO U DZIECI (ICD-10 E 22.8) LUB ZAGRAŻAJĄCEJ PATOLOGICZNEJ NISKOROSŁOŚCI NA SKUTEK SZYBKO POSTĘPUJĄCEGO DOJRZEWANIA PŁCIOWEGO (ICD-10 E 30.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przedwczesne dojrzewanie płciowe typu ośrodkowego u dzieci (objawy dojrzewania płciowego u dziewcząt poniżej 8 roku życia, u chłopców poniżej 10 roku życia) ustalone na podstawie badań laboratoryjnych i obrazowych oraz badania klinicznego;</li> <li>2) wczesne dojrzewanie płciowe z dużą akceleracją wieku kostnego i niskim przewidywanym wzrostem docelowym.</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę wieku chronologicznego właściwego dla wystąpienia cech dojrzewania płciowego;</li> <li>2) stwierdzenie wieku kostnego: powyżej 13 lat;</li> <li>3) zmniejszenie tempa wzrastania poniżej dolnej granicy normy dla okresu prepubertalnego (4 cm na rok).</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie triptoreliny</b></p> <p>U dzieci o masie ciała mniejszej niż 20 kg zazwyczaj podaje się domięśniowo połowę zawartości ampułki 3,75 mg co 28 dni. U dzieci o masie ciała przekraczającej 20 kg zazwyczaj podaje się zawartość 1 ampułki 3,75 mg co 28 dni.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie <math>\beta</math>-gonadotropiny kosmówkowej (<math>\beta</math>-HCG);</li> <li>2) stężenie estradiolu;</li> <li>3) stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu;</li> <li>4) stężenie 17-hydroksyprogesteronu;</li> <li>5) stężenie testosteronu;</li> <li>6) test stymulacji wydzielania LH i FSH;</li> <li>7) stężenie luteotropiny;</li> <li>8) stężenie folikulotropiny;</li> <li>9) stężenie prolaktyny;</li> <li>10) profil steroidów w moczu (w zależności od potrzeb);</li> <li>11) RTG śródreżcza ręki niedominującej, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego;</li> <li>12) USG miednicy małej i nadnerczy;</li> <li>13) badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny głowy (układu podwzgórzowo-przysadkowego) w celu wykluczenia guza wewnątrzczaszkowego;</li> <li>14) pomiar wysokości i masy ciała, należy określić dotychczasowy przebieg wzrastania, dokonać oceny wzrostu rodziców, obliczyć wzrost docelowy dziecka;</li> <li>15) należy ocenić obecność cech płciowych i stadium dojrzewania płciowego według skali Tannera-Marschalla.</li> </ol>

		<p><b>1. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia lub po zmianie dawkowania:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) LH;</li><li>2) FSH;</li><li>3) ocenić występowanie cech płciowych według kryteriów Tannera-Marschalla.</li></ol> <p>Co 12 miesięcy należy wykonać RTG śródreżcza, z przynasadami kości przedramienia, celem oceny wieku kostnego.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	---



## LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z SOMATOTROPINOWĄ NIEDOCZYNNOSCIĄ PRZYSADKI (ICD-10 E 23)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. W przypadku stanów zagrożenia życia w następstwie trudnych do opanowania, nawracających stanów hipoglikemii u noworodków lub niemowląt, świadczeniobiorca kwalifikowany jest do terapii niezwłocznie po jego zgłoszeniu.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;</li> <li>2) upośledzone tempo wzrastania, poniżej -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji w ośrodku uprawnionym do terapii hormonem wzrostu), z określeniem przewidywanego wzrostu ostatecznego, metodą Baley-Pineau;</li> <li>3) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;</li> <li>4) wykluczenie innych, aniżeli SNP, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.);</li> <li>5) niski wyrzut hormonu wzrostu (poniżej 10 ng/ml) w 2. godzinnym teście nocnego wyrzutu tego hormonu (co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu - test przesiewowy);</li> <li>6) obniżony wyrzut hormonu wzrostu (poniżej 10 ng/ml) w</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,1 - 0,33mg (0,3 - 1,0 IU)/kg m.c. /tydzień.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie IGF-1;</li> <li>2) stężenie witaminy 25OH wit. D lub wit. 1,25(OH)<sub>2</sub>D<sub>3</sub>;</li> <li>3) stężenie Ca całkowitego i Ca<sup>2+</sup> we krwi;</li> <li>4) stężenie fosforanów we krwi;</li> <li>5) stężenie fosforanów w moczu;</li> <li>6) stężenie wapnia w moczu.</li> </ol> <p>Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczenioborców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1 Po 90 dniach</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1.</li> </ol> <p><b>2.2 Co 90 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) próba zagęszczenia moczu z ewentualną korektą dawki hormonu antydiuretycznego (dotyczy niektórych świadczenioborców z WNP - najczęściej po zabiegach neurochirurgicznych z moczówką prostą);</li> <li>2) test stymulacji wydzielania gonadotropin (z użyciem preparatu do stymulacji wydzielania gonadotropin - 4 pomiary stężeń FSH i LH oraz 1 pomiar stężeń estrogenów i androgenów) - dotyczy świadczenioborców z opóźnionym lub przedwczesnym pokwitaniem).</li> </ol> <p><b>2.2 Co 180 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia glukozy we krwi z pomiarem odsetka</li> </ol>

<p>dwóch, niezależnych testach stymulacji sekrecji tego hormonu (z uwagi na ryzyko powikłań testy te można wykonywać jedynie u dzieci powyżej 2 roku życia);</p> <p>7) nawracające stany hipoglikemii w okresie noworodkowym lub niemowlęcym, szczególnie u dzieci z wadami linii pośrodkowej twarzoczaszki;</p> <p>8) nieprawidłowości okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem, MRI).</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) złuszczenia głowy kości udowej;</li> <li>2) pseudo-tumor cerebri;</li> <li>3) cukrzyca;</li> <li>4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej;</li> <li>5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia;</li> <li>6) niezadawalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm/rok (nie dotyczy dziewcząt z dojrzałością szkieletu powyżej 14 lat i chłopców z dojrzałością szkieletu powyżej 16 lat);</li> <li>7) osiągnięcie wieku kostnego:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) powyżej 16 lat przez dziewczynkę,</li> <li>b) powyżej 18 lat przez chłopca.</li> </ol> </li> </ol>		<p>glikowanej hemoglobiny A<sub>1c</sub> lub co 365 dni:</p> <p>2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii.</p> <p><b>2.3 Co 180 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia TSH;</li> <li>2) pomiar stężenia IGF-1;</li> <li>3) pomiar stężenia fT<sub>4</sub>;</li> <li>4) w zależności od potrzeb:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) stężenie witaminy 25OH wit. D lub wit. 1,25(OH)<sub>2</sub>D<sub>3</sub>;</li> <li>b) jonogram w surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na<sup>+</sup>, fosforanów oraz Ca całkowitego i Ca<sup>2+</sup>);</li> <li>c) stężenie fosforanów w moczu;</li> <li>d) stężenie wapnia w moczu.</li> </ol> </li> </ol> <p><b>2.4 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) RTG śródreżca z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);</li> <li>2) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) konsultacja ortopedyczna,</li> <li>b) RTG lub USG stawów biodrowych,</li> <li>c) poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;</li> </ol> </li> <li>3) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) konsultacja okulistyczna,</li> <li>b) konsultacja neurologiczna,</li> <li>c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego TK z kontrastem lub MRI;</li> </ol> </li> <li>4) w przypadku podejrzenia lub wznowy choroby rozrostowej lub innych poważnych powikłań:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) konsultacja okulistyczna,</li> <li>b) konsultacja neurologiczna,</li> <li>c) konsultacja neurochirurgiczna,</li> <li>d) morfologia krwi z rozmazem,</li> </ol> </li> </ol>
--	--	---

		<p>e) TK z kontrastem lub MRI OUN, f) inne konsultacje i badania w zależności od potrzeb;</p> <p><b>2.5 Badania po zakończeniu terapii hormonem wzrostu</b></p> <p>1) miesiąc po zakończeniu terapii hormonem wzrostu test stymulacji wydzielania GH insuliną (8 pomiarów stężeń GH) przed przekazaniem świadczeniobiorców pod opiekę poradni endokrynologii dla osób dorosłych).</p> <p>Badania są wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z somatotropinową lub wielohormonalną niedoczynnością przysadki (SNP/WNP).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	--

**LECZENIE NISKOROSŁYCHDZIECI Z CIĘŻKIM PIERWOTNYM NIEDOBREM IGF-1 (ICD-10 E 34.3)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Świadczeniobiorców do programu kwalifikuje, według standardów diagnozowania pacjentów z ciężkim pierwotnym niedoborem insulinopodobnego czynnika wzrostu-1, Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) skrajna niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej -3 SD w odniesieniu do płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;</li> <li>2) stężenie IGF-1 poniżej -2,5 SDS w odniesieniu do płci i wieku;</li> <li>3) prawidłowe stężenie GH (w teście krótkiego nocnego wyrzutu tego hormonu - co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu, w uzasadnionych przypadkach poszerzone o wykonanie dwóch testów stymulacji sekrecji tego hormonu);</li> <li>4) wykluczenie innych, aniżeli ciężki pierwotny niedobór IGF-1, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, choroby wątroby, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.);</li> <li>5) rozpoznanie ciężkiego pierwotnego niedoboru IGF-1 potwierdzone testem generacji somatomedyn;</li> <li>6) w przypadkach wątpliwych badania molekularne w kierunku rozpoznania mutacji w obrębie receptora hormonu</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Mecaserminum podawane jest w dawce 0,04 - 0,12 mg/kg masy ciała dwa razy na dobę.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1;</li> <li>2) pomiar stężenia IGFBP<sub>3</sub>;</li> <li>3) pomiar stężenia glukozy we krwi;</li> <li>4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;</li> <li>5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA<sub>1c</sub>;</li> <li>6) pomiar stężenia TSH, pomiar stężenia fT<sub>4</sub>;</li> <li>7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na<sup>+</sup>);</li> <li>8) konsultacja laryngologiczna z audiogramem;</li> <li>9) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego;</li> <li>10) konsultacja okulistyczna (w zależności od potrzeb);</li> <li>11) RTG śródreżca z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);</li> <li>12) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1 30 dni po rozpoczęciu leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1;</li> <li>2) pomiar stężenia IGFBP<sub>3</sub>;</li> <li>3) pomiar stężenia glukozy we krwi;</li> <li>4) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii</li> </ol>

<p>wzrostu, mutacji genu kodującego syntezę IGF-1 lub promotora tego genu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu lub czasowego zaprzestania terapii preparatem rhIGF-1</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nawracające, zagrażające życiu stany hipoglikemii;</li> <li>2) złuszczenia głowy kości udowej;</li> <li>3) pseudo-tumor cerebri;</li> <li>4) ujawnienia lub wznowy choroby rozrostowej;</li> <li>5) brak zgody pacjenta na kontynuację leczenia;</li> <li>6) niezadawalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała pacjenta leczonego za pomocą rhIGF-1 &lt; 3 cm/rok;</li> <li>7) osiągnięcie wieku kostnego:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) powyżej 14 lat przez dziewczynkę,</li> <li>b) powyżej 16 lat przez chłopca.</li> </ol> </li> </ol>		<p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA<sub>1c</sub>.</li> </ol> <p><b>2.2 Co 90 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1;</li> <li>2) pomiar stężenia IGFBP3;</li> <li>3) pomiar stężenia glukozy we krwi.</li> </ol> <p><b>2.3 Co 180 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia TSH;</li> <li>2) pomiar stężenia fT4;</li> <li>3) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na<sup>+</sup>);</li> <li>4) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny HbA<sub>1c</sub> lub co 365 dni</li> <li>5) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii</li> </ol> <p><b>2.5 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) konsultacja laryngologiczna z audiogramem;</li> <li>2) konsultacja kardiologiczna z USG układu sercowo-naczyniowego;</li> <li>3) RTG śródreżcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);</li> <li>4) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI) - w zależności od potrzeb.</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co</li> </ol>
---	--	---

		<p>3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	---

**LECZENIE CIĘŻKICH WRODZONYCH HIPERHOMOCYSTEINEMII (ICD-10 E 72.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Leczenie następujących niedoborów enzymatycznych: beta-syntazy cystationiny (CBS), reduktazy 5,10-metylenotetrahydrofolianu (MTHFR) oraz niektórych zaburzeń metabolizmu kofaktora kobalaminy (cbl C,D,E,F,G):</p> <p>1) wysoki poziom homocysteiny we krwi, tj. &gt; 50 <math>\mu\text{mol/l}</math>, oraz nieprawidłowy poziom metioniny, tj. &lt; 5 lub &gt; 40 <math>\mu\text{mol/l}</math>, po wykluczeniu niedoboru witaminy B<sub>12</sub> i kwasu foliowego. W przypadku niedoborów witaminy B<sub>12</sub> lub kwasu foliowego należy dokonać powtórnej oceny poziomu homocysteiny i metioniny po uzupełnieniu niedoborów;</p> <p>2) w przypadku rozpoznania homocystynurii klasycznej (deficyt CBS) negatywny wynik testu obciążenia witaminą B<sub>6</sub> (pirydoksyną). Za negatywny wynik testu należy rozumieć brak redukcji lub redukcję mniejszą niż 30% od stanu wyjściowego poziomu homocysteiny lub metioniny; kolejno w pierwszej dobie po podaniu doustnym 100 mg pirydoksyny, w przypadku braku reakcji w drugiej dobie należy podać 200 mg pirydoksyny. Jeżeli nadal brak reakcji w trzeciej dobie testu zalecane jest 500 mg (u</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>1.1 Zalecana dawka dobową betainy bezwodnej u pacjentów dorosłych i dzieci w wieku powyżej 10 lat wynosi 6 g.</p> <p>Preparat podaje się doustnie, dwa razy na dobę, w dawkach podzielonych po 3 g.</p> <p>W ciężkich postaciach deficytu MTHFR może wystąpić konieczność zwiększenia dawki do 9 g betainy na dobę.</p> <p>1.2 U dzieci w wieku poniżej 10 lat zwykle skuteczne jest dawkowanie 100 mg/kg mc/dobę w 2 dawkach podzielonych; zwiększenie dawkowania ponad 2 razy na dobę lub zwiększenie wielkości dawki ponad 150 mg/kg mc/dobę nie jest zalecane, bo nie zwiększa skuteczności leczenia.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi;</li> <li>2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram);</li> <li>3) morfologia krwi;</li> <li>4) stężenie witaminy B<sub>12</sub> i kwasu foliowego we krwi;</li> <li>5) profil kwasów organicznych moczu metodą GC/MS z ilościową oceną wydalania kwasu metylomalonowego;</li> <li>6) profil acylokarnityn metodą MS/MS;</li> <li>7) MRI OUN;</li> <li>8) konsultacja neurologiczna;</li> <li>9) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;</li> <li>10) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);</li> <li>11) konsultacja okulistyczna, z oceną narządu wzroku w lampie szczelinowej (jeśli pacjent nie przeżył lansektomii).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia raz na 180 dni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) poziom homocysteiny całkowitej we krwi;</li> <li>2) poziom metioniny we krwi (aminoacydogram);</li> <li>3) morfologia krwi;</li> <li>4) stężenie witaminy B<sub>12</sub>, kwasu foliowego, witaminy 25OH<sub>3</sub> we krwi;</li> <li>5) poziom Ca, PO<sub>4</sub><sup>3-</sup>, fosfatazy alkalicznej we krwi;</li> <li>6) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;</li> <li>7) badanie densytometryczne kośćca (dla pacjentów powyżej 5 roku życia);</li> </ol>

dzieci do 3 roku życia dawka pirydoksyny w trzeciej dobie testu wynosi 300 mg). Poziomy homocysteiny i metioniny powinny być oznaczane 24 godziny po każdej dawce witaminy B<sub>6</sub>;  
3) w przypadku niejednoznacznych wyników badań biochemicznych wskazane jest potwierdzenie rozpoznania badaniem enzymatycznym, analizą komplementarności w fibroblastach skóry lub analizą DNA.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

## 3. Kryteria wyłączenia:

- 1) wystąpienie nadwrażliwości na betainę;
- 2) pozytywny wynik testu z witaminą B<sub>6</sub> - pacjenci z tym typem homocystynurii witaminoB<sub>6</sub>-zależnej odpowiadają bowiem na leczenie pirydoksyną w stopniu zadowalającym i nie wymagają dodatkowej podaży betainy;
- 3) dyskwalifikacja z powodu działań niepożądanych leku, w tym wystąpienia obrzęku mózgu związanego z wysokim poziomem metioniny we krwi > 1000 µmol/l u pacjentów z homocystynurią klasyczną (deficyt CBS);
- 4) stwierdzenie nieskuteczności leczenia - weryfikacji skuteczności leczenia dokonuje co 6 miesięcy Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii;
- 5) ciąża lub karmienie piersią.

- 8) konsultacja neurologiczna;
- 9) konsultacja dietetyczna.

W przypadku napadowych objawów neurologicznych konieczne są aktualne badania MRI OUN lub EEG (zależnie od objawów). Okresowej skuteczności terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich po przedstawieniu przez lekarza prowadzącego wymaganych kart monitorowania pacjenta.

## 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.



**LECZENIE CHOROBY POMPEGO (ICD-10 E 74.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Klasyczna postać (wczesna, typ niemowlęcy) oraz nieklasyczna postać (późna, <i>late-onset</i>) choroby Pompego, zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego deficytu aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach skóry, potwierdzona badaniem molekularnym.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawka preparatu alglukozydazy alfa wynosi 20 mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji. Lek należy podawać stopniowo. Zaleca się rozpoczęcie wlewu z szybkością 1 mg/kg m.c./h i stopniowe zwiększanie szybkości podawania leku o 2 mg/kg m.c./h, co 30 minut, do osiągnięcia maksymalnej szybkości 7 mg/kg m.c./h, jeśli nie wystąpią niepożądane reakcje związane z infuzją. Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu choroby Pompego lub dziedzicznych zaburzeń metabolizmu. Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Postać klasyczna choroby</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;</li> <li>2) ocena miana CRIM (<i>cross-reactive immunological material</i>) – wynik badania nie jest konieczny do rozpoczęcia leczenia, ale jest uzupełniany w karcie pacjenta oraz w rejestrze SMPT niezwłocznie po jego uzyskaniu;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) układ krzepnięcia (INR, APTT);</li> <li>5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;</li> <li>6) aktywność CK, CK-MB;</li> <li>7) gazometria;</li> <li>8) USG jamy brzusznej z oceną wątroby;</li> <li>9) pomiary antropometryczne;</li> <li>10) ciśnienie tętnicze krwi;</li> <li>11) EKG;</li> <li>12) USG serca;</li> <li>13) RTG klatki piersiowej;</li> <li>14) konsultacja pulmonologiczna;</li> </ol>

### 3. Kryteria wyłączenia

- 1) ciąża lub laktacja;
- 2) obecność poważnych wrodzonych anomalii lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy;
- 3) Znaczna progresja choroby pojawiająca się pomimo leczenia, szczególnie wymagająca użycia respiratora zastępującego oddech pacjenta przez 24h/dobę przy braku stabilizacji lub poprawy w okresie 3 miesięcy.

15) konsultacja neurologiczna;

16) konsultacja kardiologiczna.

### 1.2. Postać nieklasyczna choroby

- 1) wykazanie braku lub głębokiego niedoboru aktywności alfa-glukozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;
- 2) morfologia krwi z rozmazem;
- 3) układ krzepnięcia (INR, APTT);
- 4) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT, GGTP;
- 5) stężenie CK, CK-MB;
- 6) gazometria;
- 7) USG jamy brzusznej;
- 8) RTG kręgosłupa (odcinek piersiowy i lędźwiowy);
- 9) pomiary antropometryczne;
- 10) ciśnienie tętnicze krwi;
- 11) EKG;
- 12) USG serca;
- 13) RTG klatki piersiowej;
- 14) konsultacja pulmonologiczna (z oceną wydolności oddechowej);
- 15) badanie spirometryczne w pozycji siedzącej i stojącej (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);
- 16) konsultacja laryngologiczna;
- 17) badanie audiometryczne;
- 18) badanie okulistyczne;
- 19) konsultacja ortopedyczna (z oceną statyki kręgosłupa);

		<p>20) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru);</p> <p>21) konsultacja kardiologiczna;</p> <p>22) konsultacja psychologiczna;</p> <p>23) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);</p> <p>24) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Co 180 dni</b> (okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie świadczeniobiorców z chorobą Pompego. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrarzadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii);</p> <p><b>2.1.1. Postać klasyczna choroby</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;</p> <p>3) stężenie CK, CK-MB;</p> <p>4) gazometria;</p> <p>5) układ krzepnięcia (INR, APTT);</p> <p>6) ocena masy i długości ciała;</p> <p>7) ciśnienie tętnicze krwi;</p> <p>8) EKG;</p> <p>9) USG serca;</p> <p>10) USG jamy brzusznej;</p> <p>11) RTG klatki piersiowej;</p> <p>12) konsultacja neurologiczna;</p> <p>13) konsultacja kardiologiczna;</p>
--	--	---

		<p>14) konsultacja pulmonologiczna.</p> <p><b>2.1.2. Postać nieklasyczna choroby</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;</li><li>3) stężenie CK, CK-MB;</li><li>4) saturacja krwi;</li><li>5) gazometria;</li><li>6) badanie spirometryczne (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);</li><li>7) pomiary antropometryczne;</li><li>8) ciśnienie tętnicze krwi;</li><li>9) EKG;</li><li>10) USG serca</li><li>11) test 3/6 minutowego marszu (jeśli stan kliniczny pacjenta pozwala na wykonanie badania);</li><li>12) konsultacja neurologiczna (z oceną siły mięśniowej np. za pomocą dynamometru);</li><li>13) konsultacja kardiologiczna.</li></ol> <p><b>2.2. Co 365 dni</b></p> <p><b>2.2.1. Postać klasyczna choroby</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny).</li></ol> <p><b>2.2.2. Postać nieklasyczna choroby</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie miana przeciwciał przeciwko alglukozydazie alfa (badanie nieobligatoryjne – zalecane przez Zespół Koordynacyjny);</li><li>2) konsultacja ortopedyczna (opcjonalnie RTG odcinka piersiowego lub lędźwiowego kręgosłupa);</li></ol>
--	--	---

		<ol style="list-style-type: none"><li>3) ocena sprawności ruchowej za pomocą wskaźnika Barthel;</li><li>4) konsultacja pulmonologiczna;</li><li>5) RTG klatki piersiowej;</li><li>6) konsultacja laryngologiczna (w tym audiologia).</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	---

**LECZENIE CHOROBY GAUCHERA TYPU I ORAZ TYPU III (ICD-10 E 75.2)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Leczenie choroby Gauchera typu I imiglucerażą albo welaglucerażą alfa albo eliglustatem oraz choroby Gauchera typu III imiglucerażą</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Brak lub znaczny niedobór aktywności <math>\beta</math>-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzony badaniem molekularnym;</li> <li>2) Pacjenci w wieku <math>\geq 18</math> lat z typem I choroby Gauchera ze słabym (PM), średnim (IM) lub szybkim (EM) metabolizmem z udziałem izoenzymu CYP2D6 - dotyczy terapii eliglustatem;</li> <li>3) Refundowane jest leczenie świadczeniobiorców z typem I choroby w przypadku terapii imiglucerażą albo welaglucerażą alfa albo eliglustatem oraz z typem III choroby w przypadku terapii imiglucerażą;</li> <li>4) Nie jest refundowane leczenie świadczeniobiorców z asymptomatyczną (bezoobjawową) postacią choroby Gauchera;</li> </ol> <p>Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą lub chorzy</p>	<p><b>1. Imigluceraża</b></p> <p>Dawka imigluceraży zależy od ciężkości objawów i wynosi 15-60 U/kg m.c. podawanych co <math>14 \pm 3</math> dni w postaci jednogodzinnych wlewów dożylnych.</p> <p>W przypadku braku efektywności zastosowanej dawki po 6 mies. terapii dawkę imigluceraży można zwiększyć do maksymalnej dawki, t.j. do 60 U/kg m.c. podawanych co <math>14 \pm 3</math> dni.</p> <p><b>2. Welagluceraża alfa</b></p> <p>Zalecana dawka leku wynosi 60 jednostek/kg i jest podawana co <math>14 \pm 3</math> dni. Dawka leku może być zmodyfikowana od 15 do 60 jednostek/kg podawane co <math>14 \pm 3</math> dni indywidualnie dla każdego pacjenta. Maksymalna dawka leku wynosi 60 jednostek/kg podawana co <math>14 \pm 3</math> dni.</p> <p><b>3. Eliglustat</b></p> <p>U pacjentów ze średnim (IM) i szybkim metabolizmem (EM) zalecana dawka eliglustatu to 84 mg dwa razy na dobę.</p> <p>U pacjentów ze słabym metabolizmem (PM) zalecana dawka eliglustatu to 84 mg raz na dobę.</p> <p>W przypadku pominięcia dawki, należy przyjąć</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Stwierdzenie braku lub znacznego niedoboru aktywności enzymu <math>\beta</math>-glukocerebrozydazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone wynikiem badania molekularnego (nie dotyczy pacjentów wcześniej leczonych);</li> <li>2) Oznaczenie aktywności cytochromu CYP2D6 (wyłączenie przy kwalifikacji do terapii eliglustatem);</li> <li>3) Morfologia krwi pełna z rozmazem;</li> <li>4) Układ krzepnięcia: APTT, INR;</li> <li>5) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, bilirubina;</li> <li>6) Aktywność fosfatazy alkalicznej;</li> <li>7) Stężenia witaminy D, B12, E;</li> <li>8) Stężenie cholesterolu;</li> <li>9) Chitotriozydaza;</li> <li>10) USG jamy brzusznej, z określeniem wielkości wątroby i śledziony;</li> <li>11) Pomiar antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała);</li> <li>12) Badanie densytometryczne kości (DEXA);</li> <li>13) MRI kości długich (badanie obligatoryjne jedynie u pacjentów z nieprawidłowościami układu kostno-stawowego lub w przypadku pojawienia się dolegliwości bólowych);</li> <li>14) EKG, w przypadku kwalifikacji do terapii eliglustatem EKG z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc);</li> </ol>

<p>wylączeni z programu w związku z czasowymi przeciwwskazaniami.</p> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>1.3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na imiglucerazę albo welaglucerazę alfa albo eliglustat;</li> <li>2) Znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;</li> <li>3) Cięża albo laktacja - dotyczy terapii eliglustatem;</li> <li>4) Pacjenci z typem II choroby. Ponadto w przypadku terapii welaglucerażą alfa albo eliglustatem pacjenci z III typem choroby;</li> <li>5) Dzieci poniżej 2 roku życia (dotyczy terapii welaglucerażą alfa);</li> <li>6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu;</li> <li>7) Stosowanie leków metabolizowanych z udziałem izoenzymu CYP2D6 lub CYP3A w skojarzeniu z określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego typami metabolizmu lub określonymi zaburzeniami czynności wątroby, stanowiące przeciwwskazanie do terapii eliglustatem.</li> </ol> <p><b>2. Kryteria zmiany leczenia imigluceraży na welaglucerazę alfa oraz welagluceraży alfa na imiglucerazę</b></p> <p>Świadczeniobiorcy aktualnie leczeni w związku z chorobą Gauchera typu I za pomocą enzymatycznej terapii zastępczej z zastosowaniem imigluceraży albo welagluceraży alfa mogą przejść na terapię imiglucerażą albo welaglucerażą alfa stosując taką samą dawkę i taką samą częstość dawkowania.</p>	<p>przepisaną dawkę w porze przewidzianej na kolejną dawkę (nie należy podwajać kolejnej dawki). Kapsułki można przyjmować niezależnie od posiłku. Należy unikać spożywania grejpfrutów lub soku z grejpfrutów.</p> <p>W przypadku zmiany leczenia z enzymatycznej terapii zastępczej (ETZ) podanie pierwszej dawki eliglustatu powinno nastąpić dzień po podaniu ostatniego wlewu dożylnego ETZ.</p> <p>W przypadku zmiany z eliglustatu na ETZ podanie pierwszego wlewu dożylnego powinno nastąpić niezwłocznie, nie później niż 7 dni po podaniu ostatniej dawki eliglustatu.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>15) USG układu sercowo-naczyniowego (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>16) RTG płuc;</li> <li>17) Konsultacja neurologiczna (jedynie u świadczeniobiorców z podejrzeniem typu III choroby);</li> <li>18) Konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>19) EEG (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>20) Konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>21) Spirometria (u pacjentów powyżej 7 roku życia);</li> <li>22) Pomiar antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała);</li> <li>23) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody)</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Co 180 dni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Morfologia krwi pełna z rozmazem;</li> <li>2) Układ krzepnięcia: APTT, INR;</li> <li>3) Ocena miana przeciwciał przeciwko welaglucerazie alfa (nie jest badaniem obligatoryjnym; decyzja o konieczności wykonania badania podejmowana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych);</li> </ol> <p>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z chorobą Gauchera.</p> <p><b>2.2. Co 365 dni:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) USG jamy brzusznej, z oceną wielkości (z podaniem wymiarów) wątroby i śledziony;</li> <li>2) EKG (z oceną skorygowanego odstępu QT (QTc) w przypadku leczenia eliglustatem);</li> <li>3) RTG płuc;</li> <li>4) USG układu sercowo-naczyniowego (w przypadku</li> </ol>
--	--	---

**3. Kryteria zmiany leczenia enzymatyczną terapią zastępczą (ETZ) na eliglustat**

- 1) Nadwrażliwość na ETZ;
- 2) Inne wskazania kliniczne dla prowadzenia terapii w formie doustnej (np. trudności z dożylną iniekcją ETZ).

**4. Kryteria zmiany leczenia eliglustatem na enzymatyczną terapię zastępczą.**

W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych zdarzeń.

- 1) Nadwrażliwość na eliglustat;
- 2) Znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;
- 3) Cięża;
- 4) Laktacja;
- 5) Okresowe stosowanie leków metabolizowanych z udziałem izoenzymu CYP2D6 lub CYP3A w skojarzeniu z określonymi w charakterystyce produktu leczniczego. Typami metabolizmu i/lub określonymi zaburzeniami czynności wątroby, stanowiące przeciwwskazanie do terapii eliglustatem.

nieprawidłowości w układzie sercowo-naczyniowym);

- 5) Pomiary antropometryczne (co najmniej masy i wysokości ciała, z oceną tempa wzrastania u dzieci do zakończenia procesu wzrastania);
- 6) Badanie densytometryczne kości (DXA) lub MRI kości długich;
- 7) Konsultacja ortopedyczna (w uzasadnionych przypadkach);
- 8) Konsultacja kardiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);
- 9) Konsultacja neurologiczna, EEG, MRI ośrodkowego układu nerwowego (w uzasadnionych przypadkach);
- 10) Spirometria (w uzasadnionych przypadkach);
- 11) Chitotriozydaza;
- 12) Ocena jakości życia SF 36 lub określona inną metodą (poza wynikiem należy podać rodzaj stosowanej metody) (opcjonalnie).

**3. Monitorowanie programu**

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Uzupelnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.



**LECZENIE CHOROBY HURLER (ICD-10 E 76.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b> Brak lub głęboki niedobór aktywności enzymu <math>\alpha</math>-L-iduronidaza w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej Karty Monitorowania Terapii.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b> 1) ciąża lub laktacja;</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b> Zalecana dawka laronidazy wynosi 100 j./kg masy ciała, podawana raz w tygodniu, we wlewie dożylnym.</p> <p>Początkowa prędkość infuzji wynosi 2 j./kg m.c./h. Prędkość infuzji można stopniowo zwiększać, co 15 minut, przy dobrej tolerancji leku, aż do maksymalnej prędkości 43 j./kg m.c./h</p> <p>Całkowitą objętość leku należy podać w okresie około 3-4 godzin.</p> <p>Podawanie leku powinno być nadzorowane przez lekarza posiadającego doświadczenie w diagnozowaniu i leczeniu pacjentów z mukopolisacharydozą typu 1 lub innych dziedzicznych zaburzeń metabolizmu.</p> <p>Z uwagi na możliwość występowania objawów niepożądanych, z wstrząsem włącznie, lek należy podawać przy bezpośrednim dostępie do leków, sprzętu i aparatury ratującej życie.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stwierdzenie braku lub głębokiego niedoboru aktywności <math>\alpha</math>-L-iduronidazy w leukocytach lub fibroblastach skóry, potwierdzone badaniem molekularnym;</li> <li>2) badanie wydalania glikozaminoglikanów z moczem;</li> <li>3) ocena miana przeciwciał przeciwko <math>\alpha</math>-L-iduronidazie (nie jest badaniem obowiązkowym);</li> <li>4) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>5) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;</li> <li>6) stężenie fosfatazy alkalicznej;</li> <li>7) stężenie witamin E i D;</li> <li>8) ocena równowagi kwasowo-zasadowej;</li> <li>9) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony;</li> <li>10) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa;</li> <li>11) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa;</li> <li>12) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;</li> <li>13) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li> <li>14) EKG;</li> <li>15) USG układu sercowo-naczyniowego;</li> <li>16) konsultacja laryngologiczna;</li> <li>17) badanie audiometryczne;</li> <li>18) konsultacja ortopedyczna, z oceną ruchomości stawów;</li> <li>19) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka;</li> <li>20) konsultacja neurologiczna;</li> <li>21) konsultacja kardiologiczna;</li> </ol>

<ol style="list-style-type: none"> <li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na laronidazę;</li> <li>3) znaczna progresja choroby pomimo podjętego leczenia;</li> <li>4) stan po HSCT po uzyskaniu zadowalającego poziomu enzymu we krwi obwodowej (zadowalającego chimeryzmu);</li> <li>5) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>22) test 3/6 minutowego marszu;</li> <li>23) pomiary antropometryczne;</li> <li>24) badanie spirometryczne układu oddechowego;</li> <li>25) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1 Raz na 180 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) aktywność enzymów wątrobowych: AlAT, AspAT;</li> <li>3) stężenie fosfatazy alkalicznej;</li> <li>4) test 3/6 minutowego marszu.</li> </ol> <p>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hurler. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.</p> <p><b>2.2 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena wydalania glikozaminoglikanów z moczem (po 6 miesiącach od wprowadzenia terapii, a następnie co 365 dni);</li> <li>2) stężenie witaminy E i D;</li> <li>3) USG jamy brzusznej, z oceną objętości wątroby i śledziony;</li> <li>4) MRI OUN, z oceną odcinka szyjnego kręgosłupa (MRI OUN w przypadku nieprawidłowości w poprzednim badaniu lub pojawienia się lub nasilenia objawów neurologicznych);</li> <li>5) pomiary antropometryczne;</li> <li>6) EKG;</li> <li>7) USG serca;</li> <li>8) konsultacja kardiologiczna;</li> <li>9) konsultacja laryngologiczna;</li> </ol>
---	--	--

- 10) badanie audiometryczne;
- 11) konsultacja ortopedyczna z oceną zakresu ruchomości stawów;
- 12) EMG, do oceny występowania zespołu cieśni nadgarstka (w uzasadnionych przypadkach);
- 13) konsultacja neurologiczna;
- 14) badanie spirometryczne układu oddechowego;
- 15) badanie okulistyczne z oceną w lampie szczelinowej;
- 16) badanie psychologiczne, z oceną ilorazu inteligencji;
- 17) test 3/6 minutowego marszu;
- 18) RTG kośćca, co najmniej RTG kręgosłupa;
- 19) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

### **3. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**LECZENIE MUKOPOLISACHARYDOZY TYPU II (ZESPÓŁ HUNTERA) (ICD-10 E 76.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>a) mukopolisacharydoza typu II zdiagnozowana na podstawie udokumentowanego, znacznego deficytu aktywności enzymu sulfatazy iduronianu w surowicy lub leukocytach krwi obwodowej lub w fibroblastach skóry;</p> <p>b) wiek chorego powyżej ukończonego 5 roku życia.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) ciąża lub laktacja;</p> <p>2) obecność poważnych wrodzonych anomalii rozwojowych lub chorób współistniejących, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sulfataza iduronianu podawana jest w dawce 0,5 mg/kg masy ciała, co tydzień, w postaci dożylnego wlewu, trwającego ok. 3 godzin, który może być stopniowo skracany do 1 godziny, jeśli nie występują reakcje niepożądane związane z jego podaniem.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) układ krzepnięcia;</li> <li>3) proteinogram;</li> <li>4) gazometria;</li> <li>5) AspAT, AlAT, CK, bilirubina;</li> <li>6) cholesterol;</li> <li>7) witamina D i K;</li> <li>8) wydalanie mukopolisacharydów z moczem;</li> <li>9) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne);</li> <li>10) parametry życiowe;</li> <li>11) pomiary antropometryczne;</li> <li>12) EEG;</li> <li>13) EKG;</li> <li>14) echokardiografia;</li> <li>15) RTG klatki piersiowej;</li> <li>16) USG jamy brzusznej;</li> <li>17) MRI OUN z uwzględnieniem odcinka szyjnego kręgosłupa;</li> <li>18) RTG kręgosłupa;</li> <li>19) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG);</li> <li>20) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria);</li> <li>21) badanie audiometryczne;</li> <li>22) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów</li> </ol>

<p>ds. Chorób Ultrazadkich, mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia;</p> <p>3) znaczna progresja choroby pomimo leczenia.</p>		<p>23) badanie okulistyczne;</p> <p>24) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci;</p> <p>25) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych;</p> <p>26) test 3/6 minutowego marszu;</p> <p>27) test SF36.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1</b> W pierwszym roku leczenia wykonywanie badań powinno być przeprowadzone co 6 miesięcy</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) układ krzepnięcia;</li> <li>3) gazometria;</li> <li>4) CK;</li> <li>5) AspAT, AlAT, bilirubina;</li> <li>6) wydalanie mukopolisacharydów z moczem;</li> <li>7) poziom przeciwciał przeciwko sulfatazie iduronianu (badanie nie jest obligatoryjne);</li> <li>8) ocena parametrów życiowych;</li> <li>9) pomiary antropometryczne;</li> <li>10) EKG;</li> <li>11) echokardiografia;</li> <li>12) EEG;</li> <li>13) USG jamy brzusznej;</li> <li>14) badanie pulmonologiczne (wydolność oddechowa, spirometria);</li> <li>15) badanie ortopedyczne, z oceną ruchliwości stawów;</li> <li>16) badanie narządu ruchu oraz funkcji motorycznych;</li> <li>17) badanie psychologiczne z określeniem ilorazu inteligencji lub rozwoju psychoruchowego u młodszych dzieci;</li> <li>18) test 3/6 minutowego marszu;</li> <li>19) test SF36.</li> </ol> <p>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz</p>
---	--	--

		<p>niezaangażowany w leczenie pacjentów z chorobą Hunter. Przedłużenie leczenia następuje, co 6 miesięcy, decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultraradkic, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.</p> <p><b>2.2 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) cholesterol;</li><li>2) witaminy D i K;</li><li>3) RTG klatki piersiowej;</li><li>4) RTG kręgosłupa;</li><li>5) MRI OUN wskazane przede wszystkim w przypadku współistniejącego wodogłowia (w zależności od decyzji lekarza);</li><li>6) badanie audiometryczne;</li><li>7) badanie okulistyczne, z oceną dna oka;</li><li>8) diagnostyka zespołu cieśni nadgarstka (EMG).</li></ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	--

**LECZENIE PRZEWLEKŁYCH ZAKAŻEŃ PŁUC U ŚWIADCZENIOBIORCÓW Z MUKOWISCYDOZĄ (ICD-10: E84)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1a. Kryteria kwalifikacji do leczenia tobramycyną</b></p> <p>a) wiek od 6 lat</p> <p>b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez <i>Pseudomonas aeruginosa</i>,</p> <p>c) oporność na kolistynę lub udokumentowana nietolerancja kolistyny (nietolerancję kolistyny można wykazać poprzez spadek FEV1 lub FVC po rozpoczęciu leczenia kolistyną podawaną wziewnie lub dodatni wynik testu degranulacji bazofilów z kolistyną)</p> <p>Kryteria kwalifikacji leczenia tobramycyną muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1b. Kryteria do kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną</b></p> <p>a) wiek od 18 lat</p> <p>b) udokumentowane przewlekłe zakażenie płuc wywołane przez <i>Pseudomonas aeruginosa</i>,</p> <p>c) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu kolistyny wziewnej</p> <p>d) nietolerancja lub brak poprawy lub stabilizacji klinicznej po stosowaniu tobramycyny wziewnej</p>	<p><b>1a. Dawkowanie tobramycyny</b></p> <p>Dawka tobramycyny dla dorosłego i dzieci w wieku od 6 lat to zawartość jednego pojemnika (300 mg) dwa razy na dobę (rano i wieczorem) przez 28 dni.</p> <p>Odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami powinien wynosić 12 godzin.</p> <p>Po 28 dniach leczenia tobramycyną, preparat należy odstawić na okres następnych 28 dni. Należy przestrzegać 28-dniowych naprzemiennych cykli aktywnego leczenia z 28-dniową przerwą w leczeniu (28 dni leczenia na przemian z 28-dniowymi przerwami w podawaniu leku).</p> <p><b>1b. Dawkowanie lewofloksacyny</b></p> <p>Dawkowanie lewofloksacyny odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w obowiązującej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Zalecana dawka lewofloksacyny to 240 mg (jedna ampulka), podawana drogą wziewną dwa razy na dobę, możliwe dokładnie co 12 godzin. Lek przyjmuje się w naprzemiennych cyklach, w których po 28 dniach podawania leku następuje 28 dni przerwy w jego podawaniu.</p>	<p><b>1a. Badania przy kwalifikacji do leczenia tobramycyną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie kreatyniny;</li> <li>2) stężenie mocznika;</li> <li>3) test degranulacji bazofilów (opcjonalnie);</li> <li>4) badanie mikrobiologiczne potwierdzające oporność <i>P. aeruginosa</i> na kolistynę oraz potwierdzające wrażliwość drobnoustroju na tobramycynę;</li> <li>5) RTG klatki piersiowej;</li> <li>6) badanie spirometryczne przed i po podaniu kolistyny (2 mln j.m.) w celu potwierdzenia nietolerancji leku;</li> <li>7) audiometria.</li> </ol> <p><b>1b. Badania przy kwalifikacji do leczenia lewofloksacyną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;</li> <li>2) badanie mikrobiologiczne potwierdzające zakażenie dróg oddechowych <i>Pseudomonas aeruginosa</i>;</li> <li>3) EKG;</li> <li>4) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi.</li> </ol> <p><b>2a. Monitorowanie leczenia tobramycyną</b></p>

Kryteria do kwalifikacji leczenia lewofloksacyną muszą być spełnione łącznie.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie należy kontynuować cyklicznie dopóki świadczeniobiorca odnosi korzyści z włączenia tobramycyny albo lewofloksacyny do schematu leczenia.

## 3. Kryteria wyłączenia

- a) nadwrażliwość na tobramycynę albo lewofloksacynę, inny aminoglikozyd, inne chinolony (dotyczy lewofloksacyny), czy substancję pomocniczą;
- b) upośledzenie słuchu (z dużą ostrożnością należy rozważyć stosowanie leku u świadczeniobiorcy przyjmującego inne leki ototoksyczne) – dotyczy tobramycyny;
- c) uszkodzenie nerek (stężenie kreatyniny w surowicy nie mniejsze niż 2mg/dl lub mocznika nie mniejsze niż 40mg/dl);
- d) krwioplucie nie mniejsze niż 60 cm<sup>3</sup> na dobę w okresie 30 dni przed pierwszym podaniem tobramycyny albo 28 dni przed pierwszym podaniem lewofloksacyny;
- e) stwierdzenie ropnia płuca w RTG klatki piersiowej;
- f) choroby ścięgien związane z podawaniem fluorochinolonów w wywiadzie – dotyczy lewofloksacyny;
- g) choroby tkanki łącznej – dotyczy lewofloksacyny;
- h) padaczka lub zaburzenia wymagające podawania leków przeciwdrgawkowych – dotyczy lewofloksacyny;

**2.1** Badania przeprowadzane od 8 tygodnia leczenia i powtarzane co 8 tygodni:

- 1) badanie mikrobiologiczne;
- 2) badanie spirometryczne.

**2.2** Badania przeprowadzane co 48 tygodni leczenia:

- 1) stężenie kreatyniny;
- 2) stężenie mocznika;
- 3) badanie mikrobiologiczne;
- 4) badanie spirometryczne;
- 5) badanie słuchu – audiometria.

## 2b. Monitorowanie leczenia lewofloksacyną

**2.1.** Wizyty kontrolne co 4 miesiące (co 2 cykle terapii).

**2.2.** Badania przeprowadzane raz w roku lub częściej w przypadku wskazań klinicznych (+/- 8 tygodni; jeśli badania były wykonywane wcześniej, np. podczas hospitalizacji czy wizyty kontrolnej nie ma potrzeby ich powtarzania):

- 1) stężenie kreatyniny w surowicy krwi;
- 2) oznaczenie stężenia glukozy na czczo we krwi;
- 3) badanie spirometryczne;
- 4) EKG.

## 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej



<p>i) zakażenie wirusem HIV lub przewlekłe aktywne zapalenie wątroby wtórne do zapalenia wątroby typu B i/lub C – dotyczy lewofloksacyny;</p> <p>j) czynniki predysponujące do wystąpienia tętniaka i rozwarstwienia aorty (dodatni wywiad rodzinny w kierunku tętniaka, wcześniejsze występowania tętniaka lub rozwarstwienia aorty, zespół Marfana, Zespół Ehlersa-Danlosa typu naczyniowego, zapalenia tętnic Takayasu, olbrzymiokomórkowe zapalenie tętnic, choroba Behçeta, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca) – dotyczy lewofloksacyny;</p> <p>k) ciąża lub karmienie piersią (czasowe zawieszenie leczenia w Programie lekowym) – dotyczy lewofloksacyny.</p>		<p>udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	---

## LECZENIE DYSTONII OGNISKOWYCH I POŁOWICZEGO KURCZU TWARZY (ICD-10 G 24.3, G 24.4, G 24.5, G 24.8, G 51.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej w ramach programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,4 i 5.</p> <p>1) Komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie choroby podstawowej:</p> <p>a) w kręczu karku u świadczeniobiorców poniżej 50 roku życia: badanie TK lub MRI głowy, poziom miedzi lub ceruloplazminy, ocena przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej,</p> <p>b) w kurczu powiek: w wybranych przypadkach różnicowanie z miastenią (próba nużliwości mięśni),</p> <p>c) w połowicznym kurczu twarzy: badanie TK lub MRI głowy,</p> <p>d) w dystonii krtaniowej (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie foniatryczne,</p> <p>e) w dystonii twarzy (dotyczy tylko produktów Botox i Dysport): TK lub MRI głowy i szyi,</p> <p>f) w dystoniach zadaniowych: TK lub MRI głowy i szyi, w wybranych przypadkach badanie elektromiograficzne;</p> <p>2) Wykluczenie miastonii i zespołu miastenicznego na podstawie wywiadu i badania neurologicznego (wykonanie dodatkowych badań jedynie w uzasadnionych przypadkach);</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. Botulinum A toxin a 500 j. i Botulinum A toxin a 300 j. (Dysport)</b></p> <p>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 1000 j.m.;</p> <p>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko;</p> <p>c) Połowiczny kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 120 j.m. na 1 oko;</p> <p>d) Dystonia krtaniowa maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;</p> <p>e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 400 j.m.;</p> <p>f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.</p> <p><b>1.2. Botulinum A toxin a 100 j. (Botox)</b></p> <p>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) Poziom miedzi;</p> <p>2) Poziom ceruloplazminy;</p> <p>3) Tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny głowy (w przypadkach wyszczególnionych w punkcie 1 kryteriów kwalifikacji);</p> <p>4) Badanie foniatryczne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii krtaniowej;</p> <p>5) Badanie elektromiograficzne – w wybranych przypadkach w leczeniu dystonii zadaniowych.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Ocena skuteczności poprzedniej iniekcji w skali GCI: od -3 do +3 (-3, -2, -1,0 +1, +2, +3). Podanie pod kontrolą USG lub EMG w uzasadnionych przypadkach.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p>

<p>3) Brak objawów uogólnionego zakażenia;  4) Wykluczenie obecności stanu zapalnego w obrębie planowanego miejsca podania;  5) Wykluczenie ciąży na podstawie wywiadu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu. Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, jednakże maksymalnie 4 razy w okresie roku.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Brak poprawy klinicznej w ocenie lekarza po co najmniej 3 kolejnych podaniach leku;</li> <li>2) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników w leku;</li> <li>3) Powstanie oporności na lek;</li> <li>4) Stwierdzenie miastonii lub zespołu miastenicznego;</li> <li>5) Objawy uogólnionego zakażenia;</li> <li>6) Zapalenie okolicy miejsca podania;</li> <li>7) Cięża;</li> <li>8) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo-mięśniową (np. aminoglikozydy).</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko;</li> <li>c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na 1 oko;</li> <li>d) Dystonia kraniowa maksymalna dawka jednorazowa: 20 j.m.;</li> <li>e) Dystonia twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;</li> <li>f) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.</li> </ol> <p><b>1.3. Botulinum A toxin a 100 j. (Xeomin)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Kręcz karku maksymalna dawka jednorazowa: 300 j.m.;</li> <li>b) Kurcz powiek maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m. na jedno oko;</li> <li>c) Połowiczy kurcz twarzy maksymalna dawka jednorazowa: 50 j.m.;</li> <li>d) Dystonie zadaniowe (np. kurcz pisarski, kurcze zawodowe) maksymalna dawka jednorazowa: 80 j.m.;</li> </ol> <p>Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego świadczeniobiorcy, maksymalnie 4 razy w okresie roku.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>
--	---	--

**LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO (ICD-10 G 35)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia interferonem beta, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu, peginterferonem beta-1a albo teryflunomidem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4 i 5 albo pacjenci spełniający kryterium 6.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rozpoznanie postaci rzutowej stwardnienia rozlanego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu;</li> <li>2) W przypadku rozpoznania postaci rzutowej stwardnienia rozlanego, wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie 12 miesięcy przed kwalifikacją;</li> <li>3) Stan neurologiczny w skali EDSS od 0 do 4,5 włącznie;</li> <li>4) Brak ograniczenia wiekowego w przypadku terapii interferonem beta albo octanem glatirameru oraz wiek powyżej 12 roku życia w przypadku terapii fumaranem dimetylu albo peginterferonem beta-1a albo teryflunomidem; <ul style="list-style-type: none"> <li>– pacjentów poniżej 18 roku życia kwalifikuje się do leczenia wyłącznie w ośrodkach zapewniających leczenie pod opieką zespołów lekarskich składających się z neurologów lub neurologów dziecięcych posiadających doświadczenie w leczeniu SM oraz pod warunkiem przekazania opiekunom chorych/chorym kwalifikowanym do terapii pisemnej informacji na temat aktualnego stanu wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku w tej grupie wiekowej oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na jego zastosowanie;</li> </ul> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie</b></p> <p>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w leczeniu interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu oraz teryflunomidem należy prowadzić zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badania biochemiczne w tym oceniające: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) funkcje nerek,</li> <li>b) funkcje wątroby,</li> <li>c) funkcje tarczycy;</li> </ol> </li> <li>2) Badanie ogólne moczu;</li> <li>3) Morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) Rezonans magnetyczny przed i po podaniu kontrastu (Rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 90 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku. W uzasadnionych przypadkach lekarz prowadzący może uznać za badanie wyjściowe badanie rezonansu magnetycznego wykonane w okresie ostatnich 180 dni przed rozpoczęciem leczenia.);</li> <li>5) Test ciążowy u pacjentek w wieku rozrodczym;</li> <li>6) Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS.</li> </ol>

5) Brak przeciwwskazań do leczenia wskazanych w Charakterystykach Produktów Lecznicych;

– stosowanie antykoncepcji, leczenie w okresie ciąży i karmienia piersią zgodne z aktualnymi Charakterystykami Produktów Lecznicych. Stosowanie leczenia w ciąży jest możliwe po przekazaniu pacjentce pisemnej informacji dotyczącej aktualnego stanu wiedzy na temat bezpieczeństwa i skuteczności stosowania leku u kobiet w ciąży oraz po uzyskaniu pisemnej, świadomej zgody na stosowanie leku;

6) Do programu włącza się, bez konieczności ponownej kwalifikacji, w celu zapewnienia kontynuacji terapii:

a) pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia;

b) pacjentów uprzednio leczonych interferonem beta, peginterferonem beta-1a, octanem glatirameru, fumaranem dimetylu lub teryflunomidem w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu;

c) pacjentów uprzednio leczonych przez okres min. 12 miesięcy lekiem modyfikującym przebieg choroby w ramach innego sposobu finansowania terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji (nie jest wymagane wystąpienie minimum 1 rzutu klinicznego albo co najmniej 1 nowe ognisko GD+ w okresie ostatnich 12 miesięcy) oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.

## **2. Zamiana leków interferon beta, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, fumaran dimetylu oraz teryflunomid**

Dopuszcza się zamianę leków pierwszej linii (interferon beta, peginterferon beta-1a, octan glatirameru, fumaran dimetylu, teryflunomid) w przypadku:

a) wystąpienia objawów niepożądanych, albo

b) jeżeli w opinii lekarza prowadzącego terapię zamiana taka wykazuje

## **2. Monitorowanie leczenia**

1) Ocena stanu neurologicznego, co 3 miesiące;

2) Rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia (podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego);

3) Badania laboratoryjne, o których mowa w ust. 1 (z wyjątkiem oceny funkcji tarczycy) wykonywane są:

a) u dorosłych:

– przez pierwsze 6 miesięcy leczenia – co 3 miesiące,

– następnie minimum co 6 miesięcy, z wyjątkiem morfologii z rozmazem, która powinna być wykonywana co 3 miesiące,

b) u dzieci i młodzieży:

– przez pierwsze 3 miesiące – co miesiąc,

– następnie co 3 miesiące lub częściej – razie konieczności (do decyzji lekarza leczącego);

4) Pozostałe badania powinny być wykonywane zgodnie z zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Lecznicych.

Badania oceniające skuteczność leczenia i umożliwiające kontynuację leczenia w programie wykonuje się każdorazowo po 12 miesiącach leczenia.

korzyść terapeutyczną dla pacjenta, albo

- c) w przypadku częściowej nieskuteczności terapii definiowanej jako wystąpienie jednego z kryteriów wymienionych w punkcie 4.

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Przejście w postać wtórnie postępującą - pogorszenie w skali EDSS o 1 pkt w ciągu 12 miesięcy nie związane z aktywnością rzutową;
- 2) Stan kliniczny chorego oceniany w trakcie badania kontrolnego w skali EDSS powyżej 5,0 (w trakcie remisji);
- 3) Pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych.

### 4. Określenie czasu leczenia w programie

Po 12 miesiącach trwania leczenia dokonuje się oceny skuteczności leczenia. Za brak skuteczności wymagający zmiany leczenia przyjmuje się wystąpienie obu poniższych sytuacji (pkt 1 oraz pkt 2).

- 1) Liczba i ciężkość rzutów:
  - a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych, lub
  - b) 1 ciężki rzut po pierwszych 6 miesiącach;
- 2) Zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego, gdy stwierdza się jedno z poniższych:
  - a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),
  - b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2.

### 5. Kryteria kontynuacji leczenia w programie

Terapia może być przedłużona o każde kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 3 i kryteriów nieskuteczności wskazanych w pkt. 4. Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

### 3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Po ukończeniu 18 roku życia nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu, po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych.		
---	--	--

**LECZENIE SPASTYCZNOŚCI W MÓZGOWYM PORAZENIU DZIECIĘCYM (ICD-10 G 80)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b> Do leczenia toksyną botulinową w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzone rozpoznanie mózgowego porażenia dziecięcego z towarzyszącą spastycznością ograniczającą funkcjonowanie dziecka lub zagrażającą rozwojem utrwalonych przykurczy mięśniowych i deformacji kostno-stawowych.</li> <li>2) wiek 2-17 lat.</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie:</b> Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów kwalifikacji i kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;</li> <li>2) powstanie oporności na leczenie;</li> <li>3) myastenia gravis;</li> <li>4) objawy uogólnionego zakażenia;</li> <li>5) zapalenie okolicy miejsca podania;</li> <li>6) ciąża.</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie Dysportu</b> Dawka całkowita leku, na jedno podanie 30 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza.</p> <p><b>2. Dawkowanie Botoxu</b> Maksymalna dawka całkowita leku na rok leczenia to 24 j/kg, podzielonych na poszczególne mięśnie i sesje terapeutyczne zgodnie z wzorcem spastyczności i oceną lekarza.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b> Morfologia krwi z rozmazem.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b> EMG - badanie przeprowadzane zgodnie z harmonogramem dawkowania (w niektórych przypadkach uzasadniony jest wybór miejsca podania toksyny botulinowej przy pomocy badania EMG).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>



Załącznik B.31.

## LECZENIE TĘTNICZEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (TNP) (ICD-10 I27, I27.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA OGÓLNE	
<b>Kryteria włączenia</b>	1) zdiagnozowane oraz udokumentowane tętnicze nadciśnienie płucne (wg aktualnej klasyfikacji towarzystw naukowych ESC, ERS, AEPC); 2) udokumentowany aktualnie lub w przeszłości brak spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym hemodynamicznym teście wazoreaktywności (według aktualnych kryteriów) lub niezadawalający skutek lub nietolerancja przewlekłego leczenia lekami blokującymi kanał wapniowy pomimo spadku ciśnienia w tętnicy płucnej w ostrym hemodynamicznym teście wazoreaktywności (według aktualnych kryteriów); wymóg przeprowadzenia ostrego testu wazoreaktywności dotyczy pacjentów z idiopatycznym, polekowym lub dziedzicznym tętniczym nadciśnieniem płucnym; 3) dodatkowe kryteria przedstawione w punkcie „Kryteria włączenia” dla poszczególnych leków lub połączeń lekowych. Kryteria włączenia muszą być spełnione łącznie, chyba że w opisie programu wskazane jest inaczej.
<b>Czas leczenia</b>	Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.
<b>Kryteria wyłączenia</b>	1) brak współpracy ze strony pacjenta w zakresie prowadzenia terapii lub okresowej kontroli jej skuteczności; 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze leku; 3) inne okoliczności uzasadnione względami medycznymi które wskazują konieczność zmiany terapii na inną (w obrębie lub poza programem leczenia TNP); 4) dodatkowe kryteria przedstawione w punkcie „Kryteria wyłączenia” dla poszczególnych leków lub połączeń lekowych.
<b>Ocena klasy czynnościowej</b>	Oceny klasy czynnościowej należy dokonywać zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) opublikowaną w Wytycznych Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Za równorzędną należy uznać klasyfikację New York Heart Association (NYHA).
<b>Zalecenia</b>	U miesiączkujących dziewcząt i kobiet w wieku rozrodczym należy zalecać stosowanie skutecznej metody antykoncepcji.

### WYKAZ SKRÓTÓW

<b>NFZ</b>	Narodowy Fundusz Zdrowia	<b>ChPL</b>	Charakterystyka produktu leczniczego
<b>AsPAT</b>	Aminotransferaza asparginowa	<b>TNP</b>	Tętnicze nadciśnienie płucne
<b>AIAT</b>	Aminotransferaza alaninowa	<b>WHO</b>	Światowa Organizacja Zdrowia
<b>BNP/ NT-proBNP</b>	Peptyd natriuretyczny typu B/N-końcowy fragment proBNP	<b>ESC</b>	European Society of Cardiology
<b>ERS</b>	European Respiratory Society	<b>AEPC</b>	Association for European Pediatric Cardiology

**ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO – KRYTERIA SZCZEGÓLWE**

ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b><u>A. Leczenie TNP u dorosłych (≥18 lat)</u></b></p> <p><b>IA. LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)</b></p> <p><b>1. Bosentan</b></p> <p><b>1.1. Kryteria włączenia</b></p> <p>1) II lub III klasa czynnościowa.</p> <p><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) co najmniej jedno z przeciwwskazań wymienionych w ChPL.</p> <p><b>2. Sildenafil</b></p> <p><b>2.1. Kryteria włączenia</b></p> <p>1) II lub III klasa czynnościowa lub</p> <p>2) I klasa czynnościowa, jeżeli do czasu ukończenia 18 roku życia pacjent był skutecznie leczony inhibitorem PDE5 – z wyłączeniem pacjentów z zespołem Eisenmengera.</p> <p><b>2.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) nieskuteczność terapii lub powikłania terapii;</p> <p>2) udar mózgu w ciągu ostatnich 90 dni;</p> <p>3) zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 90 dni;</p> <p>4) ciężkie niedociśnienie tętnicze (&lt;90/50 mmHg) jeżeli nie jest objawem niewydolności prawej komory wtórnej do TNP;</p>	<p><b><u>A. Leczenie TNP u dorosłych</u></b></p> <p><b>1. Dawkowanie bosentanu</b></p> <p>1.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.</p> <p>1.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.</p> <p><b>2. Dawkowanie iloprostu</b></p> <p>2.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.</p> <p>2.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.</p> <p><b>3. Dawkowanie treprostinilu</b></p> <p>3.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:</p> <p>1) stanu pacjenta;</p> <p>2) odpowiedzi na leczenie;</p> <p>3) tolerancji leczenia.</p> <p>3.2. Zwiększenie dawki powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.</p> <p>3.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Badania nieinwazyjne:</b></p> <p>1) ocena klasy czynnościowej</p> <p>2) test 6-minutowego marszu –</p> <p>a) badanie nie dotyczy chorych w IV klasie czynnościowej z klinicznymi objawami zdekompensowanej niewydolności prawej komory</p> <p>b) w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania;</p> <p>3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności),</p> <p>4) badanie echokardiograficzne.</p> <p><b>1.2. Badania inwazyjne</b></p> <p>1.2.1. Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną:</p> <p>1) ciśnienia zaklinowania;</p> <p>2) naczyniowego oporu płucnego;</p> <p>3) pojemności minutowej;</p> <p>4) saturacji mieszanej krwi żyłnej</p> <p>i przeprowadzeniem ostrego testu wazoreaktywności w wybranych przypadkach określonych w kryteriach włączenia.</p>

<p>5) konieczność stosowania azotanów, leków przeciwgrzybiczych, leków przeciwwirusowych powodujących interakcje z sildenafilem;</p> <p>6) retinitis pigmentosa lub utrata wzroku w wyniku nietętnicznej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION);</p> <p>7) ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg Child-Pugh).</p> <p><b>II. LECZENIE II RZUTU</b></p> <p><b>II.A. MONOTERAPIA</b></p> <p><b>1. Bosentan albo iloprost albo treprostinil</b></p> <p><b>1.1. Kryteria włączenia</b></p> <p>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej</p> <p>lub</p> <p>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia.</p> <p><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p><b>a) bosentan</b></p> <p>Co najmniej jedno z przeciwwskazań wymienionych w ChPL,</p> <p><b>b) iloprost</b></p> <p>1) ciężka choroba niedokrwienna serca lub niestabilna dławica piersiowa;</p> <p>2) zawał mięśnia sercowego przeżyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;</p> <p>3) niewyrównana niewydolność serca - jeśli nie spowodowana TNP;</p> <p>4) ciężkie zaburzenia rytmu serca;</p> <p>5) wrodzone wady zastawkowe z istotnymi klinicznie zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym;</p>	<p><b>4. Dawkowanie sildenafilu</b></p> <p>4.1. Dawka podstawowa: 20 mg 3 razy dziennie.</p> <p>4.2. W przypadku progresji choroby udokumentowanej badaniami nieinwazyjnymi i cewnikowaniem prawego serca, zgodnie z opisem programu, istnieje możliwość zwiększenia dawki sildenafilu do maksymalnie 3 razy po 40 mg dziennie.</p> <p><b>Sildenafil w postaci zawiesiny doustnej</b> stosuje się wyłącznie w przypadku nietolerancji lub niemożności podania postaci stałej.</p> <p><b>5. Dawkowanie epoprostenolu</b></p> <p>5.1. Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:</p> <p>1) stanu pacjenta;</p> <p>2) odpowiedzi na leczenie;</p> <p>3) tolerancji leczenia.</p> <p>5.2. Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.</p> <p>5.3. Przykładowe schematy dawkowania przedstawione są w ChPL.</p> <p><b>6. Dawkowanie macytentanu i sildenafilu w terapii skojarzonej</b></p> <p>6.1. Dawka macytentanu: 10 mg raz dziennie;</p>	<p>Badanie to musi być wykonane nie więcej niż 8-12 tygodni przed włączeniem do programu. Kryterium czasu nie jest wymagane u pacjentów &lt;18 r.ż.</p> <p>1.2.2. W przypadku ciężkiego stanu pacjenta diagnostyczne cewnikowanie prawego serca można odłożyć do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej wyłącznie pod warunkiem, że było ono wykonane wcześniej i potwierdziło rozpoznanie TNP.</p> <p>1.2.3. Wymóg cewnikowania prawego serca przy kwalifikacji nie dotyczy:</p> <p>a) pacjentów uprzednio leczonych lekami dostępnymi w ramach programów lekowych, u których TNP było potwierdzone cewnikowaniem prawego serca w przeszłości,</p> <p>b) pacjentów z zespołem Eisenmengera, jeśli cewnikowanie prawego serca było wykonane u nich w przeszłości i potwierdziło rozpoznanie TNP.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Ocena postępu leczenia powinna być wykonywana w stanie możliwie jak najbardziej stabilnym.</p> <p>Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii.</p>
---	--	---

<p>6) stany, w których wpływ iloprostu na płytki krwi może zwiększyć ryzyko krwotoku.</p> <p><b>c) treprostinil</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nadciśnienie płucne związane z potwierdzoną chorobą zarostową żył płucnych;</li> <li>2) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;</li> <li>3) ciężka niewydolność wątroby - klasa C wg. Child-Pugh;</li> <li>4) czynna choroba wrzodowa przewodu pokarmowego, krwawienie śródczaszkowe, zranienie, inny rodzaj krwawienia;</li> <li>5) wrodzone lub nabyte wady zastawkowe serca z klinicznie znaczącymi zaburzeniami czynności mięśnia sercowego niezwiązanymi z nadciśnieniem płucnym;</li> <li>6) ciężka postać choroby niedokrwiennej serca lub niestabilna postać dławicy piersiowej;</li> <li>7) zawał mięśnia sercowego przeżyty w okresie ostatnich 6 miesięcy;</li> <li>8) nieleczona niewydolność serca;</li> <li>9) ciężkie zaburzenia rytmu serca;</li> <li>10) ciśnienie tętnicze krwi poniżej 90/50 mmHg – jeśli nie spowodowane TNP.</li> </ol> <p><b>2. Epoprostenol</b></p> <p><b>2.1. Kryteria włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej</li> </ol> <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia</li> </ol> <p>lub</p>	<p>6.2. Dawka sildenafilu: 20 mg 3 razy dziennie albo 40 mg 3 razy dziennie - u pacjentów, którzy otrzymywali taką dawkę w monoterapii.</p> <p><b>7. Dawkowanie riociguatu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>7.1. W monoterapii - zgodnie z ChPL.</li> <li>7.2. W terapii skojarzonej analogiczne do monoterapii.</li> </ol> <p><b>8. Dawkowanie seleksypagu, sildeanfilu i bosentanu/macytentanu w terapii skojarzonej</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>8.1. Dawka seleksypagu: zgodnie z ChPL (dawka dobrana indywidualnie dla każdego pacjenta; może wynosić od 200 µg podawanych dwa razy na dobę do 1600 µg podawanych dwa razy na dobę. Zalecana dawka początkowa seleksypagu wynosi 200 µg dwa razy na dobę podawana w odstępie 12 h; zwiększanie dawki seleksypagu następuje w przyrostach o 200 µg dwa razy na dobę w odstępach tygodniowych). Opakowanie zawierające 140 tabletek, w każdej 200 µg seleksypagu, może być stosowane wyłącznie w początkowym okresie leczenia (etap niareczkowania i stabilizacji dawki) w ilości nieprzekraczającej 2 opakowań leku dla jednego pacjenta.</li> <li>8.2. Dawka sildenafilu: zgodnie z ChPL.</li> <li>8.3. Dawka bosentanu zgodnie z ChPL.</li> <li>8.4. Dawka macytentanu zgodnie z ChPL.</li> </ol>	<p>W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków).</p> <p>Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT.</p> <p>Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.</p> <p><b>2.1. Badania nieinwazyjne</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena klasy czynnościowej;</li> <li>2) test 6-minutowego marszu (z wyjątkiem pacjentów w IV klasie czynnościowej); w przypadku dzieci dotyczy pacjentów, których parametry rozwojowe umożliwiają wykonanie badania);</li> <li>3) oznaczenie NT-proBNP lub BNP (w zależności od dostępności);</li> <li>4) badanie echokardiograficzne (w przypadku rozbieżności wyników badań</li> </ol>
--	---	---

<p>3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym.</p> <p><b>2.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zastoinowa niewydolność serca spowodowana ciężkim zaburzeniem czynności lewej komory serca;</li> <li>2) wystąpienie obrzęku płuc w czasie określania zakresu dawek;</li> <li>3) laktacja;</li> <li>4) inne przeciwwskazania określone w ChPL.</li> </ol> <p><b>3. Riocyguat</b></p> <p><b>3.1. Kryteria włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) II lub III klasa czynnościowa;</li> <li>2) nieskuteczne lub źle tolerowane leczenie sildenafilem zastosowanym jako leczenie początkowe.</li> </ol> <p><b>3.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5;</li> <li>2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh);</li> <li>3) ciąża;</li> <li>4) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu);</li> <li>5) skurczowe ciśnienie krwi &lt;95 mm Hg na początku leczenia;</li> <li>6) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem &lt;95 mm Hg.</li> </ol> <p><b>II.B. TERAPIA SKOJARZONA</b></p> <p><b>1. Macytentan z sildenafilem</b></p>	<p><b>9.</b> Substancje czynne stosowane w leczeniu początkowym (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</p> <p><b>10.</b> Substancje czynne stosowane w leczeniu II rzutu (bosentan, macytentan z sildenafilem, iloprost, treprostinil, epoprostenol, riocyguat, riocyguat z bosentanem, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</p> <p><b><u>B. Leczenie TNP u dzieci</u></b></p> <p><b>1. Leczenie bosentanem</b></p> <p>Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) masa ciała równa lub mniejsza niż 20 kg dawka początkowa i podtrzymująca wynosi 2 mg/kg m.c. dwa razy na dobę;</li> <li>2) masa ciała od 20 do 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 31,25 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 62,5 mg dwa razy na dobę;</li> <li>3) masa ciała większa niż 40 kg, dawka początkowa (4 tygodnie) 62,5 mg dwa razy na dobę, dawka podtrzymująca 125 mg dwa razy na dobę.</li> </ol>	<p>podstawowych);</p> <p>– wykonuje się co 3 - 6 miesięcy lub w terminie wcześniejszym w zależności od wskazań klinicznych, w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. Do podjęcia decyzji terapeutycznych mogą być użyte również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub pogorszenia stanu pacjenta. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych.</p> <p><b>2.2. Badania inwazyjne</b></p> <p>Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żyłnej wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przed włączeniem terapii II rzutu, z tym że w przypadku ciężkiego stanu pacjenta (IV klasa czynnościowa) można odłożyć cewnikowanie do czasu uzyskania stabilizacji klinicznej;</li> <li>2) jeżeli: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) panel badań nieinwazyjnych wskazuje na niezadowalający efekt leczenia zgodnie z obowiązującymi standardami</li> </ol> </li> </ol> <p>lub</p>
--	---	---

<p><b>1.1. Kryteria włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej;</li> <li>2) III klasa czynnościowa;</li> <li>3) brak przeciwwskazań wymienionych w ChPL.</li> </ol> <p>W przypadku wystąpienia objawów nietolerancji sildenafilu, możliwa jest kontynuacja macytentanu w monoterapii.</p> <p><b>1.2. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>a) <b>sildenafil</b> – określono w punkcie A I.2.2,</p> <p>b) <b>macytentan</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) brak stosowania skutecznej metody zapobiegania ciąży przez kobiety w wieku rozrodczym;</li> <li>2) ciąża;</li> <li>3) karmienie piersią;</li> <li>4) ciężkie zaburzenia czynności wątroby;</li> <li>5) wyjściowa aktywność aminotransferaz wątrobowych (AspAT lub AlAT) &gt; 3 razy niż wartość górnej granicy normy.</li> </ol> <p><b>2. Riocyguat z bosentanem</b></p> <p><b>2.1. Kryteria włączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) III klasa czynnościowa;</li> <li>2) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej.</li> </ol>	<p><b>2. Leczenie sildenafilem</b></p> <p>Dawkowanie w monoterapii lub terapii skojarzonej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) masa ciała ≤ 20 kg: 10 mg 3 razy dziennie;</li> <li>2) masa ciała &gt; 20 kg: 20 mg 3 razy dziennie.</li> </ol> <p><b>3. Leczenie iloprostem, epoprostenolem lub treprostynilem</b></p> <p>Dawka powinna być dostosowywana przez lekarza indywidualnie w zależności od:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stanu pacjenta;</li> <li>2) odpowiedzi na leczenie;</li> <li>3) tolerancji leczenia.</li> </ol> <p>Zwiększenie dawkowania powinno wynikać z dążenia do osiągnięcia celów terapeutycznych zalecanych przez towarzystwa naukowe ESC, ERS, AEPC.</p> <p><b>4. Leki stosowane w terapii początkowej (sildenafil w monoterapii, bosentan w monoterapii) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</b></p> <p><b>5. Leki stosowane w terapii II rzutu (bosentan, iloprost, treprostynil, epoprostenol, terapie skojarzone dwulekowe oraz terapie skojarzone trójlekowe) mogą być stosowane zamiennie w zależności od tolerancji i skuteczności leczenia.</b></p>	<p>b) obraz kliniczny i wyniki badań nieinwazyjnych są niejednoznaczne;</p> <p>3) co 12 - 36 miesięcy dla oceny dynamiki choroby.</p> <p>W każdym przypadku lekarz prowadzący może zdecydować o odłożeniu lub zrezygnowaniu z cewnikowania prawego serca, biorąc pod uwagę całokształt przebiegu choroby, realne możliwości modyfikacji leczenia w oparciu o wyniki cewnikowania, a także oceniane indywidualnie ryzyko powikłań z nim związanych.</p> <p>Wykonanie cewnikowania prawego serca nie jest wymagane u pacjentów w wieku poniżej 18 lat oraz u pacjentów z zespołem Eisenmengera ani w celu monitorowania ani w celu zmiany sposobu leczenia.</p> <p>Skuteczność terapii ocenia się na podstawie przebiegu choroby, indywidualnych cech pacjenta oraz kryteriów prognostycznych, zgodnie z obowiązującymi standardami.</p> <p>Zmiana terapii w obrębie leczenia początkowego oraz zmiana terapii w ramach leczenia II rzutu nie wymaga cewnikowania prawego serca.</p> <p>W przypadku nietolerancji leczenia II rzutu możliwy jest powrót do terapii początkowej bez dodatkowej kwalifikacji pacjenta.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;</li> </ol>
---	---	--

## **2.2. Kryteria wyłączenia:**

- 1) jednoczesne stosowanie inhibitorów PDE-5;
- 2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenie czynności wątroby, tj. klasa B lub C w klasyfikacji Child – Pugh;
- 3) aktywność AspAT lub AlAT, większa niż trzykrotna wartość górnej granicy normy przed rozpoczęciem leczenia lub większa niż ośmiokrotna wartość GGN w trakcie leczenia;
- 4) jednoczesne stosowanie cyklosporyny A;
- 5) jednoczesne stosowanie azotanów lub leków uwalniających tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu);
- 6) skurczowe ciśnienie krwi <95 mm Hg na początku leczenia;
- 7) ciąża;
- 8) nawracająca pomimo redukcji dawki objawowa hipotensja ze skurczowym ciśnieniem <95 mmHg.

Możliwa jest zamiana bosentanu na macytentan w przypadku wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) pod warunkiem uzyskania zmniejszenia wartości transaminaz po odstawieniu bosentanu.

## **3. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:**

- a) bosentan
- b) sildenafil
- c) iloprost albo treprostinil albo epoprostenol.

## **3.1. Kryteria włączenia**

- 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej

- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

lub

2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia

lub

3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy terapii skojarzonej z zastosowaniem epoprostenolu.

Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny.

Możliwa jest zamiana bosentanu na macytentan w przypadku wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) pod warunkiem uzyskania zmniejszenia wartości transaminaz po odstawieniu bosentanu.

Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.

### 3.2. Kryteria wyłączenia

- a) **bosentan** – określono w punkcie A I 1.2,
- b) **sildenafil** – określono w punkcie A I 2.2,
- c) **iloprost** – określono w punkcie A II.A 1.2 b,
- d) **treprostinil** - określono w punkcie A II.A 1.2 c,
- e) **epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2.

## 4. Epoprostenol z sildenafilem i bosentanem albo epoprostenol z sildenafilem i macytentanem

### 4.1. Kryteria włączenia

- 1) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia;
- 2) brak innych przeciwwskazań wymienionych w ChPL.



Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.

#### **4.2. Kryteria wyłączenia**

- 1) **bosentan** - określono w punkcie A I 1.2,
- 2) **macyntan** - określono w punkcie II B 1.2.b,
- 3) **sildenafil** - określono w punkcie A. I.2.2,
- 4) **epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2.

### **5. Seleksypag z sildenafilem i bosentanem (lub macyntanem)**

#### **5.1. Kryteria włączenia**

- 1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w terapii skojarzonej;
- 2) III klasa czynnościowa pomimo dotychczasowego leczenia.

Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.

#### **5.2. Kryteria wyłączenia**

- 1) Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą wymienioną w charakterystyce produktu leczniczego;
- 2) ciężkie zaburzeniami czynności wątroby (grupa C w skali Child-Pugha);
- 3) Ciężka choroba wieńcowa lub niestabilna dławica piersiowa;
- 4) Zawał mięśnia sercowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy;
- 5) Niewyrównana niewydolność krążenia, jeśli pacjent nie jest pod ścisłą obserwacją lekarza;
- 6) Ciężkie arytmie;
- 7) Zdarzenia mózgowo-naczyniowe (np. przemijający napad niedokrwienny, udar) w ciągu ostatnich 3 miesięcy;

8) Wrodzone lub nabyte wady zastawkowe z klinicznie istotnymi zaburzeniami czynności serca nie związanymi z nadciśnieniem płucnym;

9) spełnione kryteria wyłączenia z terapii jednym z pozostałych dwóch stosowanych w terapii leków doustnych zgodnie z punktami A I 1.2 oraz A I 2.2 i II B 1.2.b.

W przypadku wystąpienia kryteriów wyłączenia z programu wynikających z działań ubocznych związanych z jednym z trzech zastosowanych w programie leków, istnieje możliwość kontynuowania programu na podstawie decyzji lekarza przy użyciu dwóch pozostałych leków.

Selexipag powinien być dołączany do skojarzonej terapii sildenafilem i bosentanem. Możliwe jest dodanie seleksypagu do skojarzonej terapii sildenafilem i macytentanem jeśli macytentan włączono zamiast bosentanu z powodu wystąpienia cech istotnego uszkodzenia wątroby podczas terapii bosentanem (wartość AspAT lub AlAT większa niż trzykrotność górnej granicy normy) które ustąpiło po jego odstawieniu oraz w przypadku gdy leczenie w schemacie seleksypag + sildenafil + bosentan było nieskuteczne lub w przypadku gdy dołączenie macytentanu do sildenafilu do terapii II rzutu wiązało się z poprawą kliniczną pacjenta ale nadal nie zostały osiągnięte cele terapeutyczne.

## **B. Leczenie TNP u dzieci (<18 lat)**

### **I LECZENIE POCZĄTKOWE (MONOTERAPIA)**

#### **1. Bosentan**

##### **1.1. Kryteria włączenia**

1) III klasa czynnościowa.

##### **1.2. Kryteria wyłączenia**

1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego);

2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby;

- 3) aktywność AspAT lub AlAT > 3 razy wartość górnej granicy normy (GGN) przed rozpoczęciem leczenia lub aktywność AspAT lub AlAT > 8 razy GGN w trakcie leczenia;
- 4) niestosowanie skutecznych metod antykoncepcji – w przypadku miesiączkujących dziewcząt;
- 5) inne przeciwwskazania wymienione w ChPL.

## **2. Sildenafil**

### **2.1. Kryteria włączenia**

- 1) I-III klasa czynnościowa.

### **2.2. Kryteria wyłączenia**

- 1) wrodzona wada serca z nadciśnieniem płucnym, w której istnieje możliwość leczenia operacyjnego (nie dotyczy okresu oczekiwania na wykonanie zabiegu operacyjnego);
- 2) ciężkie zaburzenie czynności wątroby (klasa C wg Child-Pugh);
- 3) jednoczesne stosowanie leków przeciwgrzybiczych, przeciwwirusowych, immunosupresyjnych, glibenklamidu, rifampicyny;
- 4) retinitis pigmentosa lub utrata wzroku w wyniku nietętniczej przedniej niedokrwiennej neuropatii nerwu wzrokowego (NAION).

## **II. LECZENIE II RZUTU**

### **II.A. MONOTERAPIA**

#### **1. Monoterapia treprostinilem albo iloprostem albo epoprostenolem**

##### **1.1. Kryteria włączenia**

Określono w punkcie A.II z zastrzeżeniem, że kryterium wieku się nie stosuje.

### **II.B. TERAPIA SKOJARZONA**

**1. Terapia skojarzona z zastosowaniem dwóch lub trzech z poniższych preparatów:**

- a) bosentan,
- b) sildenafil,
- c) iloprost albo treprostinil albo epoprostenol.

**1.1. Kryteria włączenia**

1) nieskuteczne lub źle tolerowane dotychczasowe leczenie jednym ze schematów lekowych przewidzianych do stosowania w monoterapii lub w terapii skojarzonej

lub

2) IV klasa czynnościowa w momencie rozpoznania choroby lub pomimo dotychczasowego leczenia

lub

3) TNP uniemożliwiające przeszczepienie wątroby u pacjentów z TNP związanym z nadciśnieniem wrotnym – dotyczy epoprostenolu.

Bosentan nie może być stosowany łącznie z innymi antagonistami receptora endoteliny.

Kolejność włączania i wyłączenia poszczególnych składowych terapii skojarzonej zależy od decyzji lekarza.

**1.2. Kryteria wyłączenia**

- a) **bosentan** – określono w punkcie B I 1.2;
- b) **sildenafil** – określono w punkcie B I 2.2;
- c) **iloprost** – określono w punkcie A II.A 1.2 b;
- d) **treprostinil** - określono w punkcie A II.A 1.2 c;
- e) **epoprostenol** - określono w punkcie A II.A 2.2.

<b>C. KONTYNUACJA LECZENIA TNP U OSÓB</b>		
<b><u>PRZEKRACZAJĄCYCH WIEK 18 LAT</u></b>		
<p>Leczenie pacjenta, który ukończył 18 rok życia i był wcześniej leczony w ramach programów lekowych w ośrodku pediatrycznym stanowi kontynuację udziału w programie i nie wymaga ponownej kwalifikacji.</p>		

**LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBAŁĘŚNIEWSKIEGO – CROHNA (ICD-10: K50)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</b></p> <p>Do leczenia infliksymabem lub adalimumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2 albo 1,3.</p> <p>Do leczenia wedolizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1 i 2.</p> <p>Do leczenia ustekinumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2 i 4.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wiek od 6 lat w przypadku terapii infliksymabem lub adalimumabem albo wiek od 18 lat w przypadku terapii ustekinumabem lub wedolizumabem;</li> <li>2) Ciężka, czynna postać choroby Leśniowskiego-Crohna (wynik w skali PCDAI większy lub równy 51 punktów w przypadku pacjentów od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia albo wynik w skali CDAI powyżej 300 punktów u dorosłych od momentu ukończenia 18 roku życia) przy braku odpowiedzi na leczenie glikokortykosteroidami, lub lekami immunosupresyjnymi, lub innymi inhibitorami TNF alfa, lub przy występowaniu przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia;</li> <li>3) Pacjenci z chorobą Leśniowskiego-Crohna cechującą się wytworzeniem przetok okołoodbytowych, którzy nie odpowiedzieli na leczenie podstawowe: antybiotyki, leki immunosupresyjne, leczenie chirurgiczne - niezależnie od nasilenia choroby;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie infliksymabu</b></p> <p>Dawkowanie infliksymabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p><b>2. Dawkowanie adalimumabu</b></p> <p>Dawkowanie adalimumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p><b>3. Dawkowanie ustekinumabu</b></p> <p>Dawkowanie ustekinumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p><b>4. Dawkowanie wedolizumabu</b></p> <p>Dawkowanie wedolizumabu zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Morfologia krwi obwodowej;</li> <li>2) Aminotransferaza alaninowa (AlAT);</li> <li>3) Aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</li> <li>4) Kreatynina;</li> <li>5) Białko C-reaktywne;</li> <li>6) Badanie ogólne moczu;</li> <li>7) Test Quantiferon;</li> <li>8) Antygen HBs;</li> <li>9) Przeciwciała anty HCV;</li> <li>10) Antygen wirusa HIV(HIV Ag/Ab Combo);</li> <li>11) Stężenie elektrolitów w surowicy;</li> <li>12) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją);</li> <li>13) EKG z opisem (wymagane wyłącznie u dorosłych pacjentów);</li> <li>14) Obliczenie wartości wskaźnika CDAI u pacjentów powyżej 18 roku życia albo PCDAI u dzieci;</li> <li>15) Anty HBc total.</li> </ol>

<p>4) Udokumentowany brak odpowiedzi na leczenie co najmniej jednym inhibitorem TNF alfa lub występowanie przeciwwskazań lub objawów nietolerancji takiego leczenia;</p> <p>5) Do programu kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem, lub adalimumabem, lub wedolizumabem, lub ustekinumabem a ich dotychczasowe leczenie infliksymabem, lub adalimumabem, lub wedolizumabem, lub ustekinumabem było finansowane w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) lub dostępu do terapii ratunkowej pod warunkiem, że:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu,</li> <li>– nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie,</li> <li>– nie zachodzą okoliczności, o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia gdy kończy się udział pacjenta w programie;</li> </ul> <p>Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia oraz</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu, lub</li> <li>– w okresie do 5 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki adalimumabu, lub</li> <li>– w okresie do minimum 15 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki ustekinumabu, lub</li> <li>– w okresie przez co najmniej 18 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki wedolizumabu.</li> </ul> <p>W trakcie kwalifikacji do programu wszyscy chorzy pediatryczni (dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia) otrzymują Kartę Ostrzeżeń dla pacjenta. Potwierdzenie faktu otrzymania Karty Ostrzeżeń dla pacjenta przechowywane jest w dokumentacji medycznej pacjenta.</p>	<p>Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p>	<p><b>2. Monitorowanie terapii infliksymabem, lub adalimumabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Po zakończeniu leczenia indukcyjnego świadczeniodawca wykonuje u pacjenta następujące badania: morfologia krwi obwodowej, CRP, AIAT i AspAT. Wtedy też należy przeprowadzić ocenę wskaźnika CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci);</li> <li>2) W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AIAT i AspAT oraz ocenę CDAI albo PCDAI (jeśli dotyczy dzieci) przy każdej wizycie pacjenta związanej z podaniem kolejnej dawki leku. (W przypadku podania kolejnej dawki leku w domu powyższe badania nie są konieczne).</li> </ol> <p>W celu optymalizacji leczenia biologicznego oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia, można wykonać oznaczenie poziomu leku biologicznego przed kolejną dawką oraz stężenia przeciwciał przeciwko lekowi, jednak nie częściej niż dwa razy w roku.</p> <p>Dodatkowo można wykonać oznaczenie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż dwa razy do roku w trakcie trwania leczenia.</p> <p>Ponadto można wykonać ileokolonoskopię i/lub badanie techniką rezonansu magnetycznego ramach monitorowania skuteczności leczenia.</p>
---	--	---

## 2. Leczenie podtrzymujące

Po podaniu ostatniej dawki w terapii indukcyjnej należy dokonać oceny odpowiedzi na leczenie przy użyciu skali PCDAI albo CDAI. Świadczeniobiorcy z odpowiedzią kliniczną przechodzą do leczenia podtrzymującego.

Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI  $\leq$  30 punktów.

## 3. Określenie czasu leczenia w programie

W momencie oceny skuteczności terapii indukcyjnej (punkty 1a, 2a, 3a i 4a poniżej) należy zdecydować, czy jest wskazane leczenie podtrzymujące i ewentualnie w tym momencie czasowym je rozpocząć. W przypadku wedolizumabu leczenie indukcyjne obejmuje podanie trzech, a przy braku odpowiedzi czterech dawek leku (0,2,6 ew. 10 tygodni). O potrzebie wizyty w 10 tygodniu w przypadku wedolizumabu decyduje sytuacja kliniczna pacjenta.

### 1) Infliksymab

- a) terapia indukcyjna: 6 tygodni;
- b) leczenie podtrzymujące infliksymabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI;

### 2) Adalimumab

- a) terapia indukcyjna: 12 tygodni;
- b) leczenie podtrzymujące adalimumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie (w tym również stwierdzenie konieczności wykonania zabiegu chirurgicznego związanego z chorobą). Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI lub PCDAI;

Badanie wykonywane nie częściej niż raz do roku w trakcie wszystkich lat leczenia.

Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca.

## 3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.



3) Ustekinumab

- a) terapia indukcyjna: 8 tygodni;
- b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI;

4) Wedolizumab

- a) terapia indukcyjna: 10 tygodni;
- b) leczenie podtrzymujące wedolizumabem powinno trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o wskaźnik CDAI.

**4. Kryteria wyłączenia z programu**

W przypadku wystąpienia przynajmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu.

- 1) Nadwrażliwość na leki stosowane w programie;
- 2) Ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne;
- 3) Umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego;
- 4) Niestabilna choroba wieńcowa;
- 5) Przewlekła niewydolność oddechowa;
- 6) Ciężka, przewlekła niewydolność nerek;
- 7) Ciężka, przewlekła niewydolność wątroby;
- 8) Zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół;
- 9) Choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każdą czynną postępującą chorobę wątroby;
- 10) Cięża lub karmienie piersią - możliwość leczenia w przypadkach uzasadnionych aktualną wiedzą medyczną, zgodnie z rekomendacjami ECCO/PTG-E

- 11) Rozpoznanie nowotworów złośliwych w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu (z wyjątkiem raka in situ szyjki macicy i nieczerniakowych nowotworów skóry);
- 12) Powikłania wymagające zmiany postępowania (np. radykalnego leczenia operacyjnego - chirurgiczne zaopatrzenie przetok, może i powinno się odbywać w miarę wskazań klinicznych w trakcie leczenia biologicznego).

#### **5. Zakończenie leczenia w programie**

Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt 1-3.

- 1) Brak efektów leczenia;
- 2) Wystąpienie działań niepożądanych leczenia;
- 3) Wystąpienie powikłań wymagających innego specyficznego leczenia;

Odpowiedź kliniczna definiowana jest jako zmniejszenie wskaźnika CDAI o co najmniej 70 punktów oraz o co najmniej 25% względem wartości początkowej albo zmniejszenie wskaźnika PCDAI o co najmniej 12,5 punktów względem wartości początkowej oraz PCDAI  $\leq$  30 punktów.

Dostępne dane nie uzasadniają dalszego leczenia infliksymabem u dzieci i młodzieży, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 10 tygodni leczenia oraz dalszego leczenia wedolizumabem u osób, które nie zareagowały w ciągu pierwszych 14 tygodni leczenia.

W przypadku braku odpowiedzi lub nietolerancji rozpoczętego leczenia infliksymabem, lub adalimumabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem, lub wystąpieniu działań niepożądanych uniemożliwiających jego kontynuację możliwe jest zastosowanie innego leku dopuszczonego w programie lekowym dedykowanym leczeniu choroby Leśniowskiego-Crohna po spełnieniu kryteriów tego programu, o ile nie został on zastosowany wcześniej - nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna.

W przypadku wystąpienia u pacjenta dorosłego (powyżej 18 roku życia) kolejnego zaostrzenia, po zakończeniu leczenia adalimumabem w ramach programu lekowego

możliwa jest uzasadniona względami medycznymi ponowna kwalifikacja do programu, jednak nie wcześniej niż w okresie 8 tygodni od zakończenia poprzedniej terapii.

W przypadku wystąpienia u pacjenta dorosłego (powyżej 18 roku życia) kolejnego zaostrzenia, po zakończeniu leczenia infliksymabem, lub ustekinumabem, lub wedolizumabem w ramach programu lekowego, możliwa jest uzasadniona względami medycznymi ponowna kwalifikacja do programu, jednak nie wcześniej niż w okresie 16 tygodni od zakończenia poprzedniej terapii.

**6. Kryteria ponownego włączenia do programu dla populacji pediatrycznej (dzieci w wieku od 6 lat do momentu ukończenia 18 roku życia) w terapii infliksymabem lub adalimumabem.**

1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania infliksymabu lub adalimumabu zastosowanego zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania remisji, u którego wystąpiło zaostrzenie, jest włączany do leczenia w ramach programu. Nawrót aktywnej choroby stwierdza się, gdy wskaźnik aktywności PCDAI > 10 punktów;

2) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii infliksymabem lub adalimumabem, jeśli pacjent był w przeszłości leczony nieskutecznie;

Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

## LECZENIE AKTYWNEJ POSTACI REUMATOIDALNEGO ZAPALENIA STAWÓW I MŁODZIEŃCZEGO IDIOPATYCZNEGO ZAPALENIA STAWÓW (ICD-10: M05, M06, M08)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<b>REUMATOIDALNE ZAPALENIE STAWÓW</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.</p> <p>2) Do terapii inhibitorem TNF alfa albo tocilizumabem albo tofacytynibem albo baricytynibem kwalifikuje się pacjentów z rozpoznaniem RZS, u których nastąpiło niepowodzenie terapii co najmniej dwoma lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi, takimi jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna oraz leki antymalaryczne, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EULAR, z których każdy zastosowany był przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej) lub</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>1) Inhibitory TNF alfa, tocilizumab, rytuksymab, baricytynib i tofacytynib należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.</p> <p>2) Zmiana postaci doustnej tocilizumabu na podskórną może być przeprowadzona wyłącznie zgodnie z wymaganiami określonymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz pod nadzorem wykwalifikowanego personelu medycznego.</p> <p>3) Powyższe leki podaje się z metotreksatem (w postaci doustnej lub podskórnej) w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <p>1) czynnik reumatoidalny w surowicy lub aCCP – kiedykolwiek w przeszłości;</p> <p>2) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</p> <p>3) obecność antygenu HBs;</p> <p>4) przeciwciała anti-HCV, a w przypadku pozytywnego wyniku – oznaczenie PCR HCV metodą ilościową;</p> <p>5) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>6) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>7) EKG z opisem.</p> <p>8) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych oraz limfocytów;</p>

<p>po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej, która była zastosowana przez co najmniej 3 miesiące u pacjentów z występowaniem czynników złej prognozy zgodnie z obowiązującymi rekomendacjami EULAR:</p> <p>a) z dużą aktywnością choroby, udokumentowaną w trakcie dwóch badań lekarskich w odstępie 1-3 miesięcy. Dużą aktywność choroby stwierdza się, gdy jest spełnione jedno z poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wartość DAS 28 – większa niż 5,1</li> <li>albo</li> <li>- wartość DAS – większa niż 3,7</li> <li>albo</li> <li>- wartość SDAI – większa niż 26</li> </ul> <p>lub</p> <p>b) z innymi postaciami RZS, niezależnie od wartości DAS 28, DAS, SDAI, tj.:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- z postacią uogólnioną (Zespół Stilla u dorosłych)</li> <li>lub</li> <li>- z RZS z wtórną amyloidozą</li> <li>lub</li> <li>- z RZS z towarzyszącym zapaleniem naczyń.</li> </ul> <p>3) Do terapii inhibitorem TNF alfa kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:</p> <p>a) jednym lub dwoma inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem, u których:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą</li> </ul> <p>lub</p>	<p>stosowania metotreksatu.</p> <p>W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, tocilizumab, baricytynib oraz tofacytynib mogą być stosowane w monoterapii zgodnie z ChPL z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.</p>	<p>9) płytki krwi (PLT);</p> <p>10) odczyn Biernackiego (OB);</p> <p>11) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>12) stężenie kreatyniny w surowicy;</p> <p>13) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</p> <p>14) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</p> <p>15) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>16) stężenie immunoglobulin G i M w surowicy - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia rytuksymabem;</p> <p>17) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) Monitorowanie terapii inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem - po 3 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) i 6 miesiącach (<math>\pm 1</math> miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <p>a) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem - morfologią krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i limfocytów</p> <p>b) płytki krwi (PLT);</p> <p>c) odczyn Biernackiego (OB);</p>
---	---	--

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).

Zastosowanie trzeciego inhibitora TNF alfa w programach lekowych dotyczących leczenia RZS możliwe jest tylko i wyłącznie w przypadku, kiedy przyczyną odstawienia pierwszego i/lub drugiego leku z tej grupy u danego pacjenta były objawy nietolerancji i/lub działania niepożądane, których w opinii lekarza prowadzącego na podstawie dostępnej wiedzy medycznej można uniknąć stosując inny lek z grupy inhibitorów TNF alfa.

b) rytuksymabem, u których:

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).

Kwalifikacja do terapii inhibitorem TNF alfa po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.

d) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);

e) stężenie kreatyniny w surowicy;

f) AspAT i AlAT;

g) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem lub baricytynibem lub tofacytynibem.

oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).

2) Monitorowanie terapii rytuksymabem - po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego należy wykonać:

a) morfologię krwi;

b) odczyn Biernackiego (OB);

c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);

d) stężenie kreatyniny w surowicy;

e) AspAT i AlAT;

f) stężenie immunoglobulin G i M w surowicy oraz obliczyć wartość wskaźnika DAS 28 lub DAS lub SDAI, a także dokonać oceny skuteczności leczenia.

Jeżeli terapia jest powtarzana powyższe powtarzać po kolejnych 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) od każdego ponownego podania leku.

4) Do terapii tocilizumabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:

a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tofacytynibem lub baricytynibem, u których:

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS);

b) rytuksymabem, u których:

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).

Kwalifikacja do terapii tocilizumabem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.

### 3. Monitorowanie programu

1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.

2) Uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.

3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

5) Do terapii rytuksymabem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:

a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub tofacytynibem lub baricytynibem, u których:

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).

6) Do terapii tofacytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:

a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub rytuksymabem lub baricytynibem, u których:

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).



Kwalifikacja do terapii tofacytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.

7) Do terapii baricytynibem kwalifikują się, bez konieczności spełnienia kryterium pkt 1 ppkt 2a) części dotyczącej RZS niniejszego programu, pacjenci poddani leczeniu RZS w ramach programów lekowych:

a) jednym, dwoma lub trzema inhibitorami TNF alfa lub tocilizumabem lub rytuksymabem lub tofacytynibem, u których:

– wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą

lub

– wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL

lub

– stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w programach lekowych dotyczących leczenia RZS).

Kwalifikacja do terapii baricytynibem po wcześniejszym leczeniu rytuksymabem jest możliwa dopiero po upływie co najmniej 6 miesięcy od podania ostatniej dawki rytuksymabu z uwzględnieniem potencjalnego ryzyka i korzyści.

8) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia RZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż siedmiu leków, w tym pięciu leków biologicznych, baricytynibu i tofacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane.

- 9) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.
- 10) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.
- 11) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibem w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.
- 12) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie.

## **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie**

Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.

## **3. Czas leczenia w programie**

- 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.
- 2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.

#### 4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) nie stwierdzenie po 3 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) od pierwszego podania inhibitora TNF alfa albo tocilizumabu albo tofacytynibu albo baricytynibu osiągnięcia co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wskaźnikiem DAS 28  $\leq 5,1$  albo DAS  $\leq 3,7$ , albo SDAI  $\leq 26$ ;
- 2) nie stwierdzenie po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej leku biologicznego albo tofacytynibu albo baricytynibu osiągnięcia remisji lub niskiej aktywności choroby, gdy osiągnięcie w tym czasie remisji nie jest możliwe. Miernikiem niskiej aktywności choroby jest DAS 28  $\leq 3,2$  albo DAS  $\leq 2,4$ , albo SDAI  $\leq 11$ . Miernikiem remisji jest wartość DAS 28  $\leq 2,6$  albo DAS  $\leq 1,6$ , albo SDAI  $\leq 3,3$ ;
- 3) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie, tj.: stwierdzenie w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących zaostrzenia tak, że pacjent przestaje spełniać kryteria remisji lub niskiej aktywności choroby, jeżeli uzyskanie remisji nie było możliwe;
- 4) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną;
- 5) lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 4 ppkt 2, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii nie jest możliwe.

#### 5. Kryteria ponownego włączenia do programu

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu, zastosowanej zgodnie z

<p>zapisami programu z powodu uzyskania remisji lub niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.</p> <p>2) Nawrót aktywnej choroby stwierdza się gdy, w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu lub baricytynibu, nastąpił wzrost wartości:</p> <p>a) DAS 28 powyżej 3,2 albo</p> <p>b) DAS powyżej 2,4 albo</p> <p>c) SDAI powyżej 11.</p> <p>3) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało co najmniej niską aktywność choroby.</p> <p>4) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.</p>		
<b>MŁODZIEŃCZE IDIOPATYCZNE ZAPALENIE STAWÓW</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>1) Adalimumab, etanercept i tocilizumab w postaci dożylniej należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <p>1) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon; 2) obecność antygenu HBs; 3) przeciwciała anty-HCV; 4) antygen wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p>

Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT.

Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.

2) Do programu kwalifikuje się pacjentów od 2 roku życia (do terapii adalimumabem lub tocilizumabem w postaci dożylniej) albo od 4 roku życia (do terapii etanerceptem), spełniających kryteria rozpoznania:

a) wielostawowej postaci młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) z co najmniej 5 obrzękniętymi stawami i co najmniej 3 stawami o ograniczonej ruchomości oraz bolesnością, przyspieszonym powyżej normy OB. lub CRP i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 4 w 10-punktowej skali, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym

albo

b) nielicznostawowej postaci MIZS, rozszerzającej się i przetrwałej ponad 6 miesięcy, przy występujących czynnikach złej prognozy (wg ACR) i z obecnością co najmniej 2 stawów obrzękniętych lub z ograniczoną ruchomością i bolesnością i oceną przez lekarza aktywności choroby na co najmniej 5 w 10-punktowej skali z towarzyszącym bólem, tkliwością lub objema tymi cechami, mimo leczenia dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym

albo

c) MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka niepoddającym się leczeniu dwoma, wymienionymi w programie lekami modyfikującymi przebieg choroby/lekami immunosupresyjnymi w obowiązujących

lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.

2) Powyższe leki należy podawać z metotreksatem w skutecznej klinicznie i tolerowanej przez chorego dawce, chyba, że występują przeciwwskazania do stosowania metotreksatu.

W przypadku wystąpienia przeciwwskazań do stosowania metotreksatu, należy rozważyć podawanie adalimumabu, etanerceptu oraz tocilizumabu w postaci dożylniej z innym, wymienionym w programie lekiem modyfikującym przebieg choroby/immunosupresyjnym w obowiązującej dawce.

5) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);

6) EKG z opisem.

7) morfologia krwi, a w przypadku kwalifikowania do terapii tocilizumabem w postaci dożylniej - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;

8) płytki krwi (PLT);

9) odczyn Biernackiego (OB);

10) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);

11) stężenie kreatyniny w surowicy;

12) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);

13) aminotransferaza alaninowa (AlAT);

14) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);

15) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tocilizumabem w postaci dożylniej.

## 2. Monitorowanie leczenia

1) W ciągu pierwszych sześciu miesięcy terapii daną substancją czynną, wymienione niżej badania należy wykonać nie rzadziej niż co 3 miesiące ( $\pm 1$  miesiąc):

a) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylniej - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych;

dawkach (w tym metotreksatem) przez minimum 3 miesiące każdym, niezależnie od ilości zajętych stawów.

3) Ponadto do terapii tocilizumabem w postaci dożylniej kwalifikują się pacjenci od 2 roku życia, z rozpoznaniem:

a) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z dominującymi objawami układowymi, u których mimo stosowania przez co najmniej 2 tygodnie pełnych dawek glikokortykosteroidów (GKS) (doustnie 1-2 mg/kg m.c./dobę, maksymalnie 60 mg/dobę lub metyloprednizolonu 10-30 mg/kg m.c./wlew przez 3 dni i ewentualnie powtarzane przez kolejne tygodnie) utrzymuje się lub wystąpiła ponownie gorączka i utrzymują się układowe objawy wysokiej aktywności choroby, rozumianej jako wartość 5 lub więcej w 10-punktowej skali, wg oceny lekarza

albo

b) MIZS o początku uogólnionym (rozpoznanie na podstawie kryteriów ILAR z 1997 r.) z zajęciem co najmniej 5 stawów lub z zajęciem co najmniej 2 stawów i towarzyszącą gorączką powyżej 38°C, u których aktywna choroba utrzymuje się przez co najmniej 3 miesiące i niewystarczająco odpowiada na leczenie GKS w dawce nie niższej niż 0,5 mg/kg m.c./dobę oraz metotreksatem w obowiązującej dawce (ewentualnie w postaci podskórnej), podawanym przez co najmniej 3 miesiące albo, w przypadku nietolerancji metotreksatu, innym lekiem modyfikującym przebieg choroby/lekiem immunosupresyjnym, podawanym w obowiązującej dawce przez co najmniej 3 miesiące.

4) Do programu kwalifikują się także pacjenci poddani leczeniu MIZS inhibitorem TNF alfa lub tocilizumabem w postaci dożylniej w ramach programu lekowego, u których:

a) wystąpiła ciężka reakcja uczuleniowa na substancję czynną lub pomocniczą leku

lub

b) odczyn Biernackiego (OB);

c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);

d) stężenie kreatyniny w surowicy;

e) AspAT i AlAT;

f) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów - u pacjentów leczonych tocilizumabem w postaci dożylniej

oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).

### 3. Monitorowanie programu

1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.

2) Uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.

3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z

<p>b) wystąpiły ciężkie działania niepożądane uniemożliwiające kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL</p> <p>lub</p> <p>c) stwierdzono brak albo utratę odpowiedzi na zastosowane leczenie (zgodnie z definicją zawartą w kryteriach wyłączenia z programu w części dotyczącej MIZS niniejszego programu lekowego).</p> <p>5) Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni tocilizumabem w postaci dożylniej w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie – po uzyskaniu akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych.</p> <p>6) Pacjent z rozpoznaniem MIZS, który ukończył 18 rok życia może być leczony, w zależności od obrazu klinicznego choroby, na zasadach określonych w programach lekowych dotyczących terapii RZS albo ŁZS, albo ZZSK. Jeśli obraz choroby nie odpowiada jednej z tych postaci, leczenie prowadzone jest w programie dotyczącym MIZS.</p> <p>7) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.</p> <p>8) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.</p> <p>9) Obowiązujące dawki leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych wynoszą dla: metotreksatu – 10-20 mg/m<sup>2</sup>/tydzień (maksymalnie 30 mg/tydzień), sulfasalazyny – 20-50 mg/kg m.c./dobę, cyklosporyny A – 3-5 mg/kg m.c./dobę, chlorochiny (ewentualnie hydroksychlorochiny) – 4-6 mg/kg m.c./dobę, azatiopryny – 1,0-2,5 mg/kg m.c./dobę, jeżeli leczenie jest dobrze tolerowane.</p>		wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

10) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.

11) W przypadku miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.

## **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu**

Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Lecznicznych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ACR.

## **3. Czas leczenia w programie**

- 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.
- 2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.
- 3) Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia, może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy dotyczący leczenia MIZS do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody Dyrektora Oddziału Wojewódzkiego NFZ.

## **4. Kryteria wyłączenia z programu**



- 1) Brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie, stwierdzony po 3 pierwszych miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii daną substancją czynną. Adekwatną odpowiedź na leczenie definiujemy jako:
  - a) poprawę o co najmniej 30% od wartości wyjściowych po 3 pierwszych miesiącach terapii według oceny Gianniniego – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami ze strony stawów,
  - b) ustąpienie objawów układowych po 3 pierwszych miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii – u pacjentów z rozpoznaniem MIZS z dominującymi objawami układowymi.
- 2) Utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona po kolejnych 3 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).
- 3) Niespełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 po pierwszych 12 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) leczenia, a więc nieuzyskanie przynajmniej 50-procentowej poprawy w 3 z 6 następujących parametrów, przy jednoczesnym braku pogorszenia o 50% w więcej niż jednym z poniższych parametrów:
  - a) liczba stawów z czynnym zapaleniem;
  - b) liczba stawów z ograniczeniem ruchomości;
  - c) ocena aktywności choroby dokonana przez lekarza na 10-centymetrowej skali VAS;
  - d) ocena ogólnego samopoczucia dokonana przez rodzica lub chore dziecko na 10-centymetrowej skali VAS;
  - e) wskaźnik stanu funkcjonalnego dziecka (np. CHAQ);
  - f) laboratoryjny wskaźnik ostrej fazy (OB. lub CRP).
- 4) Utrata kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących po każdym kolejnych 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).
- 5) U pacjentów zakwalifikowanych do leczenia na podstawie pkt 1 ppkt 2c) (MIZS z dominującym zapaleniem błony naczyniowej oka) niespełniających jednocześnie kryteriów kwalifikacji określonych w pkt 1 ppkt 2a) i 2b) oraz 3a) i 3b) – brak uzyskania istotnej klinicznie poprawy w zakresie zapalenia błony naczyniowej oka po pierwszych 12 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc)

potwierdzonej badaniem okulistycznym oraz brak utrzymywania się istotnej klinicznie poprawy po każdych kolejnych 12 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).

- 6) Wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.
- 7) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku niespełnienia przez chorego kryteriów poprawy ACR Pediatric 50 zgodnie z pkt 4 ppkt 3, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku niespełnienia kryteriów ACR Pediatric 50 po 12 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii nie jest możliwe.

#### **5. Kryteria ponownego włączenia do programu**

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano, zgodnie z pkt 4 ppkt 5, podawania substancji czynnej leku biologicznego zastosowanej zgodnie z zapisami programu i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby, definiowanej jako brak utrzymywania się kryteriów poprawy ACR Pediatric 50, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.
- 2) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie spowodowało spełnienie kryteriów poprawy ACR Pediatric 50.
- 3) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

## LECZENIE AKTYWNEJ POSTACI ŁUSZCZYCOWEGO ZAPALENIA STAWÓW (ŁZS) (ICD-10 L 40.5, M 07.1, M 07.2, M 07.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.</p> <p>2) Do programu kwalifikuje się świadczeniobiorców spełniających wszystkie poniższe kryteria:</p> <p>a) z ustalonym rozpoznaniem ŁZS postawionym na podstawie kryteriów CASPAR,</p> <p>b) z aktywną i ciężką postacią choroby,</p> <p>c) z niezadowalającą odpowiedzią na stosowane dotychczas leki zgodnie z rekomendacjami EULAR/GRAPPA/ASAS.</p> <p>3) Kryteria klasyfikacyjne CASPAR - co najmniej 3 punkty według systemu punktacji przedstawionego poniżej:</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Adalimumab, certolizumab pegol, etanercept, golimumab, infliksymab, iksekizumab, sekukinumab, tofacytynib należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR / GRAPPA / ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) obecność czynnika reumatoidalnego (RF) (z wyłączeniem testu lateksowego);</p> <p>2) morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem - morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;</p> <p>3) płytki krwi (PLT);</p> <p>4) odczyn Biernackiego (OB);</p> <p>5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</p> <p>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</p> <p>7) stężenie kreatyniny w surowicy;</p> <p>8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</p> <p>11) obecność antygeny HBs;</p> <p>12) przeciwciała anty-HCV;</p> <p>13) obecność antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p>

<p>a) łuszczyca obecnie – 2 pkt albo dodatni wywiad w kierunku łuszczycy potwierdzony przez lekarza specjalistę – 1 pkt, albo udokumentowany dodatni wywiad rodzinny w kierunku łuszczycy u krewnego pierwszego lub drugiego stopnia – 1 pkt,</p> <p>b) dactylitis obecnie lub dodatni wywiad w kierunku dactylitis potwierdzony przez reumatologa – 1 pkt,</p> <p>c) brak czynnika reumatoidalnego (z wyłączeniem testu lateksowego) – 1 pkt,</p> <p>d) typowa dystrofia paznokci (liza paznokcia, objaw naparstka, bruzdowanie, hiperkeratoza) – 1 pkt,</p> <p>e) zmiany radiologiczne stawów dłoni lub stóp charakterystyczne dla ŁZS (okołostawowe tworzenie nowej kości z wyłączeniem osteofitów) – 1 pkt.</p> <p>4) Aktywna i ciężka postać choroby:</p> <p>a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS (postać z dominującymi objawami zapalnymi ze strony stawów obwodowych oraz przyczepów ścięgniastych) - aktywna i ciężka postać choroby musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać obwodową choroby definiuje się jako spełnienie jednego z poniższych alternatywnych kryteriów:</p> <p>1) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– liczba obrzękniętych stawów lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgniastych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz</li> <li>– liczba tkliwych stawów lub przyczepów ścięgniastych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podszwowych) - co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz</li> <li>– ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz</li> </ul>		<p>14) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem;</p> <p>15) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>16) EKG z opisem;</p> <p>17) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroilitis - u pacjentów z postacią osiową.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) Monitorowanie terapii - po 3 miesiącach (<math>\pm</math> 1 miesiąc) i 6 miesiącach (<math>\pm</math> 1 miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) morfologię krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem morfologia krwi z oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów i limfocytów;</li> <li>b) odczyn Biernackiego (OB);</li> <li>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</li> <li>d) stężenie kreatyniny w surowicy;</li> <li>e) AspAT i AlAT;</li> <li>f) stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów- u pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.</li> </ul>
---	--	---

- ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz
- ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm

albo

2) wg DAS 28:

- wartość DAS 28 – większa niż 3,2

albo

3) wg DAS:

- wartość DAS – większa niż 2,4.

4) u pacjentów z aktywną postacią łuszczycy definiowaną jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:

- PASI większe niż 10 oraz
- DLQI większe niż 10 oraz
- BSA większe niż 10

program dopuszcza kwalifikację pacjentów z zajęta mniejszą liczbą stawów lub przyczepów ścięgniastych niż określono w pkt 1 ppkt 4;

b) w przypadku postaci osiowej ŁZS (postać z dominującym zajęciem stawów osiowych) - pacjenci z zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych stwierdzonym w badaniu RTG, z aktywną i ciężką postacią choroby, która musi być udokumentowana podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie. Aktywną postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich poniższych kryteriów:

- wartość BASDAI  $\geq 4$  lub wartość ASDAS  $\geq 2,1$  – określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).

### 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

- ból kręgosłupa  $\geq 4$  na wizualnej skali od 0 do 10 cm – określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,
- ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm.

5) Niezadowolająca odpowiedź na stosowane dotychczas leki definiowana jest jako nieskuteczność leczenia:

a) w przypadku postaci obwodowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch leków modyfikujących przebieg choroby/leków immunosupresyjnych, takich jak metotreksat, leflunomid, sulfasalazyna oraz cyklosporyna, zgodnie z obowiązującymi zaleceniami EULAR/GRAPPA, z których każdy zastosowany był przez co najmniej 3 miesiące w monoterapii lub terapii łączonej (w tym po niepowodzeniu terapii metotreksatem w postaci doustnej lub podskórnej).

U pacjentów z zapaleniem przyczepów ścięgnistych będących podstawą kwalifikacji, dodatkowo po niepowodzeniu leczenia co najmniej dwoma niesteroidowymi lekami przeciwzapalnymi w maksymalnych rekomendowanych lub tolerowanych dawkach przez co najmniej 4 tygodnie każdym lub po niepowodzeniu co najmniej jednego miejscowego podania glikokortykosteroidów;

b) w przypadku postaci osiowej ŁZS - utrzymywanie się aktywnej postaci choroby pomimo zastosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej 4 tygodnie w monoterapii.

6) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli

leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.

- 7) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne lub tofacytynibem.

## **2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie**

Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Lecznicznych poszczególnych leków ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/GRAPPA/ASAS.

## **3. Adekwatna odpowiedź na leczenie**

- 1) w przypadku postaci obwodowej ŁZS:

- a) wg zmodyfikowanych kryteriów PsARC:

- po 3 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej 30% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgniastych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,
- po 6 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej 50% w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgniastych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,

- b) wg DAS 28 lub DAS:

- po 3 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej umiarkowanej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika  $DAS\ 28 \leq 5,1$  albo  $DAS \leq 3,7$ ,

– po 6 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) od pierwszego podania uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby mierzonej wartością wskaźnika DAS 28  $\leq$  3,2 albo DAS  $\leq$  2,4;

2) w przypadku postaci osiowej ŁZS:

a) po 3 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI  $\geq$  50% lub  $\geq$  2 jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o 50% lub  $\geq$  1,1 jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia,

b) po 6 miesiącach ( $\pm$  1 miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI  $<$  3 albo ASDAS  $<$  1,3.

#### **4. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną**

1) Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:

a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub

b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub

c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 3 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących.

2) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia ŁZS nie jest możliwe zastosowanie więcej niż sześciu leków, w tym pięciu leków biologicznych i tofacytynibu, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane.

3) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.



4) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.

#### **5. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3;
- 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;
- 3) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.

#### **6. Czas leczenia w programie**

- 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.
- 2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.
- 3) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 1 dla postaci obwodowej oraz pkt 3 ppkt 2 dla postaci osiowej po 6 miesiącach terapii, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Dalsze leczenie w programie nie jest możliwe bez uzyskania zgody Zespołu Koordynacyjnego w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii w ramach programu.

**7. Kryteria ponownego włączenia do programu**

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego lub tofacytynibu zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami włączenia do programu, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.
- 2) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby.
- 3) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

## LECZENIE AKTYWNEJ POSTACI ZESZTYWNIĄCEGO ZAPALENIA STAWÓW KRĘGOSŁUPA (ZZSK) (ICD-10 M 45)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.</p> <p>2) Do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających wszystkie poniższe kryteria:</p> <p>a) z rozpoznaniem ZZSK ustalonym na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich z uwzględnieniem sacroilitis w badaniu RTG,</p> <p>b) z aktywną i ciężką postacią choroby, udokumentowaną podczas dwóch wizyt lekarskich w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie,</p> <p>c) z niezadowolającą odpowiedzią na co najmniej dwa niesteroidowe leki przeciwzapalne, z których każdy zastosowany był w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez chorego dawce przez co najmniej</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Adalimumab, certolizumabpegol, etanercept, golimumab, infliksymab i sekukinumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii..</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) oznaczenie antygenu HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości;</p> <p>2) morfologia krwi;</p> <p>3) płytki krwi (PLT);</p> <p>4) odczyn Biernackiego (OB);</p> <p>5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</p> <p>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</p> <p>7) stężenie kreatyniny w surowicy;</p> <p>8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</p> <p>11) obecność antygenu HBs;</p> <p>12) przeciwciała anty-HCV;</p> <p>13) obecność antygenu wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>14) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p>

4 tygodnie w monoterapii. Niezadowolająca odpowiedź na leczenie oznacza utrzymywanie się aktywnej i ciężkiej postaci choroby pomimo zastosowanego leczenia.

3) Aktywną i ciężką postać choroby definiuje się jako spełnienie wszystkich wymienionych niżej kryteriów:

- a) wartość BASDAI  $\geq 4$  lub wartość ASDAS  $\geq 2,1$ , określona w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,
- b) ból kręgosłupa  $\geq 4$  na wizualnej skali od 0 do 10 cm, określony w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni,
- c) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi - więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm.

4) W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.

5) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.

## 2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie

Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych poszczególnych leków ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.

15) EKG z opisem;

16) Badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych, które potwierdza obecność sacroilitisumożliwiające rozpoznanie ZZSK na podstawie zmodyfikowanych kryteriów nowojorskich.

## 2. Monitorowanie leczenia

1) Monitorowanie terapii - po 3 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) i 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:

- a) morfologię krwi;
  - b) odczyn Biernackiego (OB);
  - c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);
  - d) stężenie kreatyniny w surowicy;
  - e) AspAT i AlAT
- oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).

## 3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

### 3. Adekwatna odpowiedź na leczenie

- 1) po 3 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI  $\geq 50\%$  lub  $\geq 2$  jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o  $50\%$  lub  $\geq 1,1$  jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia;
- 2) po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI  $< 3$  albo ASDAS  $< 1,3$ .

### 4. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną

- 1) Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:
  - a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub
  - b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub
  - c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt 3 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących.
- 2) W ramach programów lekowych dotyczących leczenia ZZSK nie jest możliwe zastosowanie więcej niż czterech leków biologicznych, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku ich nieskuteczności oraz nie więcej niż trzech inhibitorów TNF alfa, jeśli przyczyną odstawienia przynajmniej jednego z nich była nietolerancja lub działania niepożądane.
- 3) W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.
- 4) Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem.

- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

#### **5. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt 3;
- 2) utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących;
- 3) wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.

#### **6. Czas leczenia w programie**

- 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.
- 2) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.
- 3) Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt 3 ppkt 2, szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby i/lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii nie jest możliwe.
- 4) Pacjenci z sacroilitis stwierdzonym na podstawie badania rezonansu magnetycznego (MR) bez zmian radiograficznych, u których nadal aktywne zmiany zapalne obecne są tylko w badaniu MR, którzy zostali zakwalifikowani do programu lekowego B.36. w przeszłości, mogą kontynuować terapię daną substancją czynną tak długo, jak leczenie jest skuteczne i dobrze tolerowane.

#### **7. Kryteria ponownego włączenia do programu**

- 1) Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej leku biologicznego zastosowanej zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.
- 2) Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby.
- 3) Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

**LECZENIE NIEDOKRWISTOŚCI W PRZEBIEGU PRZEWLEKŁEJ NIEWYDOLNOŚCI NEREK (ICD-10 N18)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) niedokrwistość ze stężeniem hemoglobiny poniżej 10 g/dl pod warunkiem wykluczenia innych przyczyn, takich jak: niedobór żelaza, krwawienia, hemoliza, zakażenia, ciężka nadczynność przytarczyc, zatrucie glinem i inne;</p> <p>2) upośledzenie funkcji nerek wykazane w badaniu GFR:</p> <p>a) poniżej 30 ml/min. - u świadczeniobiorców bez cukrzycy albo</p> <p>b) poniżej 45 ml/min. - u świadczeniobiorców z cukrzycą;</p> <p>3) wiek:</p> <p>a) powyżej 3 roku życia - w przypadku produktów leczniczych zawierających alkohol benzylowy albo</p> <p>b) bez ograniczenia wiekowego - w przypadku pozostałych produktów leczniczych;</p> <p>4) świadczeniobiorcy niedializowani.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie:</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w ust. 3.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>2) ciąża;</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>1) darbepoetyna alfa:</p> <p>a) 10 µg - 1 raz w tygodniu albo</p> <p>b) 20 µg - 1 raz na dwa tygodnie, albo</p> <p>c) 40 µg - 1 raz w miesiącu - iv. lub sc. (średnia dawka tygodniowa/ dwutygodniowa/miesięczna dla świadczeniobiorcy w danym ośrodku prowadzącym program);</p> <p>2) epoetyna alfa:</p> <p>a) 2.000 j.m. 1 raz w tygodniu - iv. lub sc.- podanie podskórne w przypadku braku stałego dostępu do żyły (średnia dawka tygodniowa dla świadczeniobiorcy w danym ośrodku prowadzącym program);</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) poziom hemoglobiny;</p> <p>2) hematokryt;</p> <p>3) GFR;</p> <p>4) TSAT;</p> <p>5) CRP.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) badania wykonywane co 2 tygodnie - po rozpoczęciu terapii oraz w okresie dostosowywania dawki:</p> <p>a) poziom hemoglobiny,</p> <p>b) hematokryt;</p> <p>2) badania wykonywane co najmniej 1 raz w miesiącu - po osiągnięciu stabilnego docelowego Hb/Ht:</p> <p>a) poziom hemoglobiny,</p> <p>b) hematokryt.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do</p>



<p>3) wystąpienie ciężkiego, opornego na leczenie nadciśnienia tętniczego; 4) schyłkowa niewydolność nerek.</p>		<p>NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	--

Załącznik B.38.

## LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z PRZEWLEKłą NIEWYDOLNOŚCIĄ NEREK (PNN) (ICD-10 N18)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) klirens kreatyniny niższy niż 75 ml/1,73m<sup>2</sup>/min.;</li><li>2) wysokość ciała dziecka poniżej -1,88 odchylenia standardowego (SDS), dla płci i wieku metrykalnego lub tempo wzrastania SDS poniżej - 2.0;</li><li>3) opóźniony wiek szkieletowy, poniżej 12,5 lat dla chłopców i poniżej 11,5 lat dla dziewczynek, według norm Greulich'a i Pyle;</li><li>4) wykluczenie innych przyczyn niskorosłości.</li></ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) inna aniżeli PNN przyczyna niskorosłości;</li><li>2) zaburzenia przemian węglowodanowych;</li><li>3) choroba nowotworowa,</li><li>4) niezadowolający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3cm na rok (nie dotyczy dziewcząt z wiekiem kostnym powyżej 14</li></ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 mg-0,37 mg (1,0-1,1 IU)/kg masy ciała/tydzień.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pomiar stężenia IGF-1;</li><li>2) badania densytometryczne;</li><li>3) RTG stawów biodrowych.</li></ol> <p>Badania wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością nerek.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1 Co 30 dni</b> w 3 - 4 stadium choroby:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) stężenie parathormonu (intact PTH);</li><li>2) fosfataza alkaliczna;</li><li>3) proteinogram;</li><li>4) stężenie glukozy we krwi;</li><li>5) stężenie kreatyniny;</li><li>6) stężenie mocznika;</li><li>7) jonogram w surowicy krwi (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup>, Ca zjonizowany<sup>+</sup>, P<sup>-</sup>);</li><li>8) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>9) gazometria.</li></ol> <p><b>2.2 Co 90 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb:<ol style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja urologiczna,</li><li>b) USG jamy brzusznej,</li></ol></li><li>2) konsultacja dietetyka;</li><li>3) w 2 stadium choroby:</li></ol>

<p>lat oraz chłopców z wiekiem kostnym powyżej 16 lat);</p> <p>5) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 16 lat przez dziewczynkę i powyżej 18 lat przez chłopca.</p>		<ul style="list-style-type: none"><li>a) stężenie parathormonu (intact PTH),</li><li>b) fosfataza alkaliczna,</li><li>c) proteinogram,</li><li>d) stężenie glukozy we krwi,</li><li>e) stężenie kreatyniny,</li><li>f) stężenie mocznika,</li><li>g) jonogram w surowicy krwi (Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup>, Ca zjonizowany<sup>+</sup>, P<sup>-</sup>),</li><li>h) morfologia krwi z rozmazem,</li><li>i) gazometria.</li></ul> <p><b>2.3 Po 90 dniach</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) stężenie IGF-1.</li></ul> <p><b>2.9 Co 365 dni</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) stężenie triglicerydów;</li><li>2) stężenie całkowitego cholesterolu;</li><li>3) stężenie IGF-1;</li><li>4) RTG śródreźcza z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);</li><li>5) w uzasadnionych przypadkach:<ul style="list-style-type: none"><li>a) badania densytometryczne,</li><li>b) RTG stawów biodrowych,</li><li>c) konsultacja okulistyczna,</li><li>d) konsultacja ortopedyczna,</li><li>e) cystouretografia,</li></ul></li><li>6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej, u innych w zależności od potrzeb:<ul style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja ortopedyczna,</li><li>b) RTG/USG stawów biodrowych,</li><li>c) TK z kontrastem stawów biodrowych,</li></ul></li><li>7) u dzieci z wadami układu moczowo-płciowego, u innych w zależności od potrzeb:<ul style="list-style-type: none"><li>a) badanie ogólne moczu,</li><li>b) posiew moczu.</li></ul></li></ul>
---	--	--

		<p>Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców PNN.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	---

**LECZENIE WTÓRNEJ NADCZYNNOCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH (ICD-10 N25.8)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wtórna nadczynność przytarczyc;</li> <li>2) długotrwałe leczenie hemodializą z powodu schyłkowej niewydolności nerek;</li> <li>3) przeciwwskazania do zastosowania innych opcji terapeutycznych (np. dla paratyroidektomii);</li> <li>4) stężenie iPTH &gt; 500pg/ml.</li> </ol> <p><b>2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation);</li> <li>2) przeszczepienie nerki;</li> <li>3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze;</li> <li>4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia.</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie cynakalcetu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Zalecana dawka początkowa cynakalcetu u dorosłych wynosi 30 mg raz na dobę.</li> <li>2) Dawkę cynakalcetu można zwiększać co 2-4 tygodnie aż do maksymalnej dawki 180 mg raz na dobę w celu osiągnięcia pożądanego stężenia intact PTH (iPTH) u dializowanych pacjentów, czyli 150-300 pg/ml (15,9-31,8 pmol/l).</li> <li>3) U niektórych chorych, dawka początkowa cynakalcetu (30 mg/dobę) może zbyt silnie obniżyć wydzielanie PTH (i ewentualnie powodować następczą hipokalcemię), dlatego może zachodzić konieczność ograniczenia dawki leku do podawania rzadszego (tzn. nie każdego dnia, lecz np. co 2-gi dzień). Ostateczna dawka musi uwzględniać wpływ leku na stężenie PTH u indywidualnego pacjenta.</li> </ol>	<p><b>1. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie iPTH - przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące;</li> <li>2) stężenie wapnia w surowicy;</li> <li>3) stężenie fosforu w surowicy;</li> <li>4) iloczyn Ca x P w surowicy.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia.</li> </ol> <p>Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</p>

**PROFILAKTYKA ZAKAŻEŃ WIRUSEM RS (ICD-10 P 07.2, P 07.3, P 27.1)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikację do udziału w programie zatwierdza konsultant wojewódzki w dziedzinie neonatologii w porozumieniu z konsultantem krajowym na podstawie dokumentacji z ośrodka.</p> <p>Program polega na podaniu maksymalnie 5 dawek paliwizumabu (w odstępach miesięcznych) w sezonie zakażeń wirusem RS, trwającym od 1 października do 30 kwietnia.</p> <p>Immunizację paliwizumabem przeprowadza się jednorazowo.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia paliwizumabem</b></p> <p>1) Do programu kwalifikowani są świadczeniobiorcy którzy:</p> <p>a) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli pierwszego roku życia i spełniają następujące kryteria:</p> <p>i. wiek ciążowy <math>\leq 28</math> tygodni (ICD-10 P07.2, P07.3) lub</p> <p>ii. dysplazja oskrzelowo-płucna (ICD-10 P27.1)</p> <p>b) w momencie rozpoczęcia immunizacji nie ukończyli szóstego miesiąca życia i spełniają kryterium:</p> <p>i. wiek ciążowy 29 - 32 tygodni (ICD-10 P07.3).</p> <p>2) Jeżeli świadczeniobiorca, który spełnia opisane powyżej kryteria kwalifikacji do programu, urodzi się w trakcie trwania sezonu zakażeń wirusem RS, wówczas otrzymuje od 3 do 5 dawek paliwizumabu, jednak nie mniej niż 3 dawki. Liczba podanych dawek jest uzależniona od okresu pozostałego od dnia urodzenia do zakończenia sezonu zakażeń.</p>	<p><b>1. Dawkowanie paliwizumabu</b></p> <p>Lek podawany jest w dawce 15mg/kg masy ciała raz w miesiącu.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>W przypadku kwalifikacji do leczenia paliwizumabem w oparciu o kryterium z ust. 1 pkt 1 lit. b (dysplazja oskrzelowo-płucna): kliniczne potwierdzenie dysplazji oskrzelowo-płucnej.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Dzieci zakwalifikowane do leczenia paliwizumabem wymagają comiesięcznych wizyt w ośrodku realizującym program do końca sezonu zakażeń RSV celem oceny stanu ogólnego pacjenta (wywiad i badanie fizykalne) przed otrzymaniem kolejnej dawki leku. Konsultant krajowy w dziedzinie neonatologii nadzoruje program korzystając z rejestru SMPT.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością</p>

<p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Lek podawany jest podczas sezonu zakażeń wirusem RS (od 1 października do 30 kwietnia) co miesiąc - 5 razy, a w sytuacji opisanej w ust.1 pkt 2 – od 3 do 5 razy.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) objawy nadwrażliwości na paliwizumab lub jakiegokolwiek ze składników występujących w preparacie;</li><li>2) objawy nadwrażliwości na inne humanizowane przeciwciała monoklonalne;</li><li>3) brak zgody pacjenta.</li></ol>		<p>zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <ol style="list-style-type: none"><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
---	--	--

Załącznik B.41.

## LECZENIE ZESPOŁU PRADER – WILLI (ICD10 Q87.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Do Programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) rozpoznanie zespołu Prader-Willi, na podstawie cech klinicznych potwierdzonych badaniem genetycznym;</li><li>2) wiek poniżej 18 roku życia, optymalnie między 2. a 4. rokiem życia;</li><li>3) dojrzałość szkieletu (wiek kostny), poniżej 16 lat u dziewcząt i poniżej 18 lat u chłopców;</li><li>4) stan odżywienia, mierzony wielkością wskaźnika BMI, poniżej 97 centyla dla płci i wieku (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu);</li><li>5) wyrównane przemiany węglowodanowe, wymagane wykonanie testu obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;</li><li>6) konsultacja laryngologiczna, z uwagi na możliwość nasilenia lub wystąpienia nocnych bezdechów;</li><li>7) wprowadzone leczenie dietetyczne i rehabilitacja (wymagany co najmniej 6 miesięczny okres obserwacji w ośrodku prowadzącym terapię hormonem wzrostu);</li><li>8) inne badania i konsultacje zależne od stanu świadczeniobiorcy i innych powikłań choroby zasadniczej lub innych towarzyszących PWS chorób;</li></ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,18 - 0,47 mg/kg/tydzień (0,54 - 1,4 IU/kg/tydzień).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pomiar stężenia IGF-1.</li></ol> <p>Badania laboratoryjne i inne według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1 Po 30 dniach</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) konsultacja laryngologiczna.</li></ol> <p><b>2.2 Po 90 dniach</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pomiar stężenia IGF-1;</li><li>2) konsultacja laryngologiczna, następane w zależności od potrzeb.</li></ol> <p><b>2.3 Co 90 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) konsultacja dietetyka;</li><li>2) konsultacja rehabilitanta.</li></ol> <p><b>2.4 Co 180 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) pomiar stężenia glukozy we krwi;</li><li>2) pomiar stężenia TSH;</li><li>3) pomiar stężenia fT4.</li><li>4) jonogram w surowicy krwi.</li></ol> <p>Okresowej oceny skuteczności terapii dokonuje lekarz niezaangażowany w leczenie pacjenta z zespołem Prader-Willi.</p> <p><b>2.5 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy dziewcząt powyżej 10 roku życia, a u</li></ol>



<p>9) brak innych przeciwwskazań do stosowania hormonu wzrostu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b>  Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.  Świadczeniobiorcy po ukończeniu 18 r. ż. kontynuują terapię na zasadach określonych w programie do czasu spełnienia któregośkolwiek z kryteriów wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) brak współpracy z rodzicami lub świadczeniobiorcą;</li> <li>2) wystąpienie powikłań zastosowanej terapii;</li> <li>3) zaniechanie systematycznego leczenia rehabilitacyjnego lub dietetycznego;</li> <li>4) narastanie otyłości, pomimo stosowania kompleksowego leczenia hormonem wzrostu, leczenia dietetycznego i rehabilitacji (wzrost wielkości wskaźnika BMI w odniesieniu do norm populacyjnych przyjętych dla wieku i płci o 2 odchylenia standardowe lub więcej);</li> <li>5) pojawienie się lub nasilenie nocnych bezdechów;</li> <li>6) cukrzyca lub ujawnienie się tej choroby w czasie prowadzonej terapii hormonem wzrostu.</li> </ol>		<p>dziewcząt poniżej 10 roku życia - w zależności od potrzeb);</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) u świadczeniobiorców z wadami układu sercowo-naczyniowego: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) konsultacja kardiologiczna,</li> <li>b) USG serca,</li> </ol> </li> <li>3) u świadczeniobiorców w wieku powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;</li> <li>4) u świadczeniobiorców w wieku poniżej 7 roku życia ocena rozwoju psychoruchowego;</li> <li>5) pomiar stężeń triglicydów;</li> <li>6) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu;</li> <li>7) pomiar frakcji HDL cholesterolu;</li> <li>8) pomiar frakcji LDL cholesterolu;</li> <li>9) pomiar odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA<sub>1c</sub>);</li> <li>10) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii;</li> <li>11) pomiar stężenia IGF-1;</li> <li>12) konsultacja laryngologiczna;</li> <li>13) konsultacja ortopedyczna;</li> <li>14) RTG śródreczę z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);</li> <li>15) u świadczeniobiorców z zaburzeniami pokwitania test stymulacji wydzielania gonadotropin, z użyciem preparatu do stymulacji wydzielania gonadotropin (4 pomiary stężeń FSH i LH oraz 1 pomiar stężeń estrogenów i androgenów);</li> <li>16) w przypadku nawracających zakażeń układu moczowego lub wad wrodzonych tego układu: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) konsultacja nefrologiczna,</li> <li>b) konsultacja urologiczna,</li> <li>c) USG jamy brzusznej,</li> </ol> </li> </ol>
---	--	--

- d) badanie ogólne i posiew moczu;
- 17) przy podejrzeniu złuszczenia główki kości udowej:
  - a) konsultacja ortopedyczna,
  - b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;
- 18) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:
  - a) konsultacja okulistyczna;
  - b) konsultacja neurologiczna;
  - c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).

Badania według standardów monitorowania świadczeniobiorców z zespołem Prader-Willi.

### **3. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**LECZENIE NISKOROSŁYCH DZIECI Z ZESPOŁEM TURNERA (ZT) (ICD-10 Q 96)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY I SUBSTANCJE CZYNNIE STOSOWANE W RAMACH PROGRAMU</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>KWALIFIKACJA I BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stygmaty Zespołu Turnera;</li> <li>2) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla wieku, na siatkach centylowych dla populacji dziewcząt polskich;</li> <li>3) upośledzone tempo wzrastania, poniżej -1 SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dziewcząt polskich (wymagany co najmniej 6. miesięczny okres obserwacji w ośrodku uprawnionym do terapii hormonem wzrostu), z określeniem przewidywanego wzrostu ostatecznego metodą Baley- Pineau;</li> <li>4) opóźniony wiek kostny, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;</li> <li>5) wykluczenie innych, aniżeli ZT, przyczyn niskorosłości (niedokrwistość, niedoczynność tarczycy, zaburzenia wchłaniania i trawienia jelitowego, obciążenia dotyczące przebiegu ciąży i porodu, itp.);</li> <li>6) inne nieprawidłowości, szczególnie nieprawidłowości anatomiczne układu sercowonaczyniowego i moczowo-płciowego;</li> <li>7) konsultacja genetyczna, potwierdzona dodatnim wynikiem badania kariotypu.</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b> Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,33 - 0,47 mg (1,0-1,4 IU)/kg m.c. /tydzień.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b> Przed rozpoczęciem leczenia należy wykonać pomiar stężenia IGF-1. Badania laboratoryjne wykonywane według standardów diagnozowania świadczeniobiorców z zespołem Turnera (ZT).</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1 Po 90 dniach</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1.</li> </ol> <p><b>2.2 Co 180 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny HbA<sub>1c</sub> lub co 365 dni:</li> <li>2) test obciążenia glukozą z pomiarem glikemii i insulinemii.</li> </ol> <p><b>2.3 Co 180 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia glukozy we krwi;</li> <li>2) pomiar stężenia TSH;</li> <li>3) pomiar stężenia fT<sub>4</sub>;</li> <li>4) jonogram w surowicy krwi.</li> </ol> <p><b>2.4 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) konsultacja przez ginekologa zajmującego się dziećmi (dotyczy przede wszystkim dziewcząt powyżej 10 roku życia);</li> <li>2) konsultacja kardiologiczna, USG serca (dotyczy dzieci z wadami układu sercowo-naczyniowego);</li> </ol>

Stosowania Hormonu Wzrostu lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

### 3. Kryteria wyłączenia

- 1) wystąpienie objawów złuszczenia głowy kości udowej;
- 2) wystąpienie objawów pseudo-tumor cerebri;
- 3) wystąpienie lub ujawnienie się cukrzycy;
- 4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;
- 5) osiągnięcie przez świadczeniobiorcę niewyróżniającej wysokości ciała, tj. wysokości ciała równej lub większej niż 158 cm;
- 6) zakończenie procesów wzrastania (brak przyrostu wysokości ciała między dwiema kolejnymi wizytami przeprowadzonymi w odstępach 6 miesięcznych);
- 7) niezadowalający efekt leczenia, tj. przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 3 cm na rok;
- 8) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat.

- 3) konsultacja nefrologiczna; konsultacja urologiczna; USG jamy brzusznej; badanie ogólne i posiew moczu (dzieci z wadami układu moczowo-płciowego);
- 4) pomiar stężenia IGF-1;
- 5) RTG śródreczęca z bliższą przynasadą kości przedramienia (do oceny wieku kostnego);
- 6) przy podejrzeniu złuszczenia głowy kości udowej:
  - a) konsultacja ortopedyczna;
  - b) RTG lub USG stawów biodrowych, poszerzone o TK lub MRI stawów biodrowych;
- 7) w przypadku wystąpienia objawów pseudo tumor cerebri:
  - a) konsultacja okulistyczna;
  - b) konsultacja neurologiczna;
  - c) obrazowanie ośrodkowego układu nerwowego (TK z kontrastem lub MRI).

Badania wykonywane według standardów monitorowania terapii hormonem wzrostu świadczeniobiorców z ZT.

### 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami

		opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

## LECZENIE CIĘŻKIEJ ASTMY ALERGICZNEJ IGE ZALEŻNEJ (ICD-10 J45.0) ORAZ CIĘŻKIEJ ASTMY EOZYNOFILOWEJ (ICD-10 J 82)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Do leczenia biologicznego w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy z rozpoznaną astmą ciężką. Wybór leku zależy od fenotypu i endotypu choroby i powinien być poprzedzony pogłębioną diagnostyką różnicową. W ocenie ciężkości astmy i fenotypu choroby należy posługiwać się aktualnymi wytycznymi GINA.</p> <p><b>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem</b></p> <p><b>1.1. Kryteria włączenia do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pacjenci powyżej 6 roku życia z ciężką, niekontrolowaną alergiczną astmą oskrzelową (wg aktualnych wytycznych GINA) z alergią na alergen cywilizacyjny potwierdzoną punktowymi testami skórnymi lub testami swoistego IgE;</li> <li>2) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów (&gt;1000 mcg dipropionianu beklometazonu na dobę u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, u dzieci w wieku 6–11 lat &gt;400mcg lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora <math>\beta</math>-2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem</b></p> <p>Omalizumab podawany jest w dawce od 75 do 600 mg w 1 do 4 wstrzyknięć. Maksymalna zalecana dawka wynosi 600 mg omalizumabu przy schemacie dawkowania co 2 tygodnie.</p> <p>Szczegółowy schemat dawkowania określony na podstawie wyjściowego stężenia IgE (j.m./ml), oznaczonego przed rozpoczęciem leczenia oraz masy ciała pacjenta (kg) należy odczytać z tabel dawkowania zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p>	<p><b>1. Leczenie ciężkiej astmy alergicznej IgE zależnej omalizumabem</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) całkowite stężenie IgE (aktualny wynik – ważność badań maksymalnie 4 tygodnie);</li> <li>2) test <i>in vitro</i> (opcjonalnie);</li> <li>3) pomiar masy ciała;</li> <li>4) punktowe testy skórne lub swoiste IgE (mogą być z dokumentacji medycznej);</li> <li>5) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 1 tydzień);</li> <li>6) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);</li> <li>7) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;</li> </ol>

- 3) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększania ich dawki u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, które stosują je przewlekle; u dzieci w wieku 6-11 lat - dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w roku mimo stosowania wziewnych glikokortykosteroidów;
- 4) całkowite stężenie IgE w surowicy 30-1500 IU/ml;
- 5) stwierdzenie jednoznacznej reaktywności *in vitro* na alergenycy całoroczne u pacjentów z całkowitym stężeniem IgE w surowicy poniżej 76 j.m./ml;
- 6) spełnienie co najmniej 2 z poniższych kryteriów:
  - a) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ >1.5 pkt),
  - b) hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy,
  - c) incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości,
  - d) utrzymująca się obturacja dróg oddechowych (natężona objętość wydechowa pierwszosekundowa FEV1 <80% wartości należnej lub zmienność dzienna szczytowego przepływu wydechowego PEF>30%),
  - e) pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ<5.0 punktów u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej lub PAQLQ <5,0 punktów u dzieci w wieku 6-11 lat;
- 7) masa ciała 20-150 kg;
- 8) niepalenie tytoniu;
- 9) wykluczenie innych niż reakcja organizmu na całoroczne alergenycy wziewne przyczyn powodujących ciężki przebieg astmy.

### 1.2. Przeciwwskazania

- 1) nadwrażliwość na omalizumab lub substancje pomocnicze;

Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.

Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.

Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.

Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy.

### 2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej

#### a) mepolizumabem

Mepolizumab podawany jest w dawce 100 mg podskórnym co 4 tygodnie.

Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.

Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.

Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.

8) morfologia krwi i badania biochemiczne:

- a) stężenie kreatyniny,
- b) stężenie mocznika,
- c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),
- d) stężenie AIAT,
- e) stężenie AspAT,
- 9) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.

#### Ponadto przeprowadzana jest:

- 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

#### 1.2. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:

- 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;
- 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ;
- 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat;
- 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

- 2) występowanie chorób współistniejących powodujących ciężki przebieg astmy;
- 3) ciąża;
- 4) karmienie piersią;
- 5) jednoczesna terapia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi
- 6) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. mepolizumabu, benralizumabu) – do 3 miesięcy od zakończenia terapii.

### 1.3. Kryteria wyłączenia

- 1) wystąpienie zaostrzeń astmy w okresie leczenia omalizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;
- 2) niespełnienie kryteriów skuteczności leczenia:
  - a) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);
  - b) spełnienie 2 z 3 poniższych kryteriów:
    - poprawa kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ o  $\geq 0,5$  punktu (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem);
    - poprawa jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę miniAQLQ o  $\geq 0,5$  punktu u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem);
    - zmniejszenie dawki doustnego glikokortykosteroidu o  $\geq 5$  mg w przeliczeniu na prednizon (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia omalizumabem);

Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.

Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.

Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.

Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy.

#### b) benralizumabem

Zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego).

Zalecana dawka benralizumabu dla pacjentów, którzy kontynuują leczenie po okresie zawieszenia w programie wynosi 30 mg we wstrzyknięciach podskórnych co 8 tygodni, jeśli czas od ostatniej dawki leku przed zawieszeniem był  $\leq 8$  tygodni. Jeśli czas od ostatniej dawki leku był  $> 8$  tygodni to zalecana dawka benralizumabu wynosi 30 mg we wstrzyknięciu podskórnym co 4 tygodnie w przypadku pierwszych trzech dawek, a następnie co 8 tygodni (zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego).

### 1.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:

- 1) spirometria lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.

### 1.4. Monitorowanie leczenia

**Po 24, 52, 104 i każdym kolejnym 52 tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:**

- 1) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);
- 2) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ u dorosłych i dzieci w wieku 12 lat i więcej, PAQLQ u dzieci w wieku 6-11 lat (ważność testu – 2 tygodnie);
- 3) spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub badanie szczytowego przepływu wydechowego PEF;



<p>3) palenie tytoniu;</p> <p>4) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków;</p> <p>5) podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi</p> <p>6) wystąpienie któregośkolwiek z przeciwwskazań do stosowania omalizumabu.</p> <p><b>1.4. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia.</p> <p>Po upływie 24 miesięcy od podania pierwszej dawki omalizumabu leczenie zostaje zawieszane. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku. (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii.</p> <p>W przypadku zajścia w ciążę leczenie omalizumabem zostaje zawieszane. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.</p> <p>U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie omalizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.</p> <p>Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.</p>	<p>Pacjenci powinni być obserwowani przez co najmniej 2 godziny po pierwszym podaniu leku. Jeśli pierwsze podanie leku było dobrze tolerowane po drugim, trzecim i czwartym podaniu leku pacjent powinien być obserwowany przez 30 minut.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku minimum cztery wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p> <p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia</p> <p>Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię astmy danego pacjenta.</p> <p>Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy.</p>	<p>4) morfologia krwi i badania biochemiczne:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>stężenie kreatyniny,</li> <li>stężenie mocznika,</li> <li>stężenie białka C-reaktywnego (CRP),</li> <li>stężenie AIAT,</li> <li>stężenie AspAT,</li> </ol> <p>5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>Ponadto przeprowadzana jest:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</li> <li>analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;</li> <li>analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.</li> </ol> <p><b>2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji pacjenta do programu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>spirometria (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia) lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;</li> <li>morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne (ważność badań 4 tygodnie): <ol style="list-style-type: none"> <li>stężenie kreatyniny,</li> <li>stężenie białka C-reaktywnego (CRP),</li> </ol> </li> </ol>
---	--	--

## 2. Leczenie ciężkiej astmy eozynofilowej mepolizumabem lub benralizumabem

### 2.1. Kryteria włączenia do programu

- 1) pacjenci powyżej 18. roku życia z ciężką, oporną na leczenie astmą eozynofilową identyfikowaną poprzez liczbę eozynofili we krwi na poziomie  $\geq 350$  komórek/ $\mu$ l na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie;
- 2) konieczność stosowania wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów ( $>1000$  mcg dipropionianu beklometazonu na dobę lub innego wziewnego glikokortykosteroidu w dawce równoważnej określonej zgodnie z aktualnymi wytycznymi The Global Initiative for Asthma (GINA)) w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę (długo działający agonista receptora  $\beta$ -2 adrenergicznego, modyfikator leukotrienów, długo działający bloker receptora muskarynowego);
- 3) dwa lub więcej epizodów zaostrzeń w ostatnim roku wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekle, wymagających lub nie hospitalizacji lub wizyty w oddziale ratunkowym;
- 4) natężona objętość wydechowa pierwszo-sekundowa FEV1  $<80\%$  wartości należnej przed podaniem leku rozszerzającego oskrzela w czasie wizyty kwalifikacyjnej;
- 5) objawy niekontrolowanej astmy (brak kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy ACQ  $>1,5$  pkt) i pogorszenie jakości życia z powodu astmy (średnia punktów w teście kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ  $<5,0$  punktów), mimo stosowanego leczenia;
- 6) wykluczenie innych zespołów hypereozynofilii;
- 7) niepalenie tytoniu;

c) stężenie AIAT,

d) stężenie AspAT;

- 3) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;
- 4) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);
- 5) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (minimum 2 tygodnie od ostatniego zaostrzenia, ważność testu – 2 tygodnie);
- 6) badania diagnostyczne mające na celu wykluczenie zakażeń pasożytniczych.

### Ponadto przeprowadzana jest:

- 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekle w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

### 2.2. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku - nie rzadziej niż raz na 4 miesiące:

- 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;
- 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień);

8) wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału;

9) wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc.

W celu zapewnienia kontynuacji terapii, do programu włączani są również pacjenci powyżej 18 roku życia, którzy uprzednio byli skutecznie leczeni benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania, w tym w badaniach klinicznych, we wskazaniu ciężkiej astmy, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria włączenia do programu oraz rozpoczęli leczenie przed 1 listopada 2019 r.

## **2.2. Przeciwwskazania**

- 1) nadwrażliwość na mepolizumab lub benralizumab lub substancje pomocnicze;
- 2) ciąża;
- 3) karmienie piersią;
- 4) jednoczesna terapia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi;
- 5) przyjmowanie innych leków biologicznych w leczeniu astmy (np. omalizumabu, mepolizumabu, benralizumabu) – do 3 miesięcy od zakończenia terapii.

## **2.3. Kryteria wyłączenia**

- 1) wystąpienie zaostrzeń astmy (zdefiniowanych jak w pkt. 2. 1. 3) w okresie leczenia mepolizumabem lub benralizumabem w ilości równej lub przewyższającej okres poprzedzający leczenie w obserwacji rocznej;
- 2) u pacjentów, którzy przed włączeniem terapii mepolizumabem lub benralizumabem przyjmowali przewlekle systemowe GKS

3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie)

4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu.

## **2.3. Badania przeprowadzane w okresie zawieszenia:**

- 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 2) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu 1 tydzień) – nie rzadziej niż raz na 3 miesiące
- 3) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie)– nie rzadziej niż raz na 3 miesiące
- 4) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie przeprowadzonego wywiadu – co 4-6 tygodni.

## **2.4. Monitorowanie leczenia**

**Po 24., 52., 104. oraz każdym kolejnym 52. tygodniu leczenia od decyzji o kontynuowaniu leczenia, wizyta oceniająca skuteczność dotychczasowej terapii z decyzją o kontynuacji lub zaprzestaniu dalszego leczenia:**

- 1) spirometria lub PEF, jeśli obecne są przeciwwskazania do wykonania badania spirometrycznego;

(nieprzerwanie przez minimum 6 miesięcy) brak redukcji dawki tych leków lub redukcja o  $\leq 30\%$ ;

- 3) ocena odpowiedzi na terapię przez lekarza prowadzącego wg skali GETE niższa niż: bardzo dobra (całkowita kontrola astmy), dobra (znacząca poprawa kontroli astmy);
- 4) brak poprawy kontroli astmy w kwestionariuszu kontroli astmy (wzrost ACQ o  $>$  lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem));
- 5) brak poprawy jakości życia w teście kontroli jakości życia chorego na astmę (spadek miniAQLQ o  $>$  lub = 0,5 pkt (w porównaniu z wizytą w tygodniu zakwalifikowania pacjenta do leczenia mepolizumabem lub benralizumabem));
- 6) palenie tytoniu;
- 7) niestosowanie się do zaleceń lekarskich lub niepoprawne przyjmowanie leków;
- 8) podjęcie leczenia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi
- 9) wystąpienie któregośkolwiek z przeciwwskazań do stosowania mepolizumabu lub benralizumabu;
- 10) w przypadku stwierdzenia zakażenia pasożytniczego opornego na leczenie- zawiesić leczenie mepolizumabem lub benralizumabem do momentu wyleczenia.

#### 2.4. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący na podstawie kryteriów wyłączenia.

Po upływie 24 miesięcy od podania pierwszej dawki mepolizumabu lub benralizumabu leczenie zostaje zawieszane. W trakcie zawieszenia terapii

- 2) morfologia krwi z rozmazem i badania biochemiczne:
  - a) stężenie kreatyniny,
  - b) CRP,
  - c) stężenie AIAT,
  - d) stężenie AspAT.
- 3) kwestionariusz kontroli astmy ACQ (ważność testu – 1 tydzień);
- 4) test kontroli jakości życia chorego na astmę mini-AQLQ (ważność testu – 2 tygodnie);
- 5) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.

#### Ponadto przeprowadzana jest:

- 1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 2) analiza leków przeciwastmatycznych i ich dawek stosowanych przewlekłe w ciągu ostatniego roku na podstawie dokumentacji medycznej;
- 3) analiza liczby i ciężkości zaostrzeń w ostatnim roku na podstawie dokumentacji medycznej.

#### 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (Systemu Monitorowania Programów Terapeutycznych (SMPT)) dostępnym za

pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii.

Po upływie 24 miesięcy od podania pierwszej dawki benralizumabu zawieszają się też leczenie w programie u pacjentów, którzy byli przed włączeniem do programu leczenia benralizumabem w ramach innego sposobu finansowania, w tym w badaniach klinicznych przed 1 listopada 2019 roku. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni), a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku (tj. tej samej substancji czynnej) stosowanego przed zawieszeniem terapii.

W przypadku zajścia w ciążę leczenie mepolizumabem lub benralizumabem zostaje zawieszane. W trakcie zawieszenia terapii pacjentka pozostaje w programie lekowym i jest obserwowana w zakresie kontroli astmy (wizyty co 4-6 tygodni). Po porodzie i okresie karmienia piersią lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby.

U chorych, u których w okresie 12 miesięcy od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli astmy, leczenie mepolizumabem lub benralizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii mepolizumabem lub benralizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.

pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**LECZENIE STWARDNIENIA ROZSIANEGO PO NIEPOWODZENIU TERAPII LEKAMI PIERWSZEGO RZUTU LUB SZYBKO ROZWIJAJĄCEJ SIĘ CIĘŻKIEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO LUB PIERWOTNIE POSTĘPUJĄCEJ POSTACI STWARDNIENIA ROZSIANEGO (ICD-10 G 35)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia fingolimodem lub natalizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4,7 albo 1,2,3,5,7.</p> <p>Do leczenia alemtuzumabem kwalifikowani są pacjenci, wcześniej nieleczeni alemtuzumabem, spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4,7,9 albo 1,2,3,5,7,9.</p> <p>Do leczenia okrelizumabem kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach: 1,2,3,4,7 albo 1,2,6,7.</p> <p>Do leczenia kładrybiną w tabletkach kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria wymienione w punktach 1,2,3,4,7,8 albo 1,2,3,5,7,8.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wiek od 12 roku życia (natalizumab lub fingolimod) albo wiek od 18 roku życia (alemtuzumab, lub okrelizumab, lub kładrybina w tabletkach);</li> <li>2) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia leczenia wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</li> <li>3) Rozpoznanie postaci rzutowo-remisyjnej stwardnienia rozsianego (RRMS) oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonalda łącznie z badaniami rezonansem</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania w programie</b></p> <p>Dawkowanie oraz sposób modyfikacji dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyk Produktów Leczniczych.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dla postaci rzutowo-remisyjnej: rezonans magnetyczny z kontrastem; Rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte do 90 dni od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku. W uzasadnionych przypadkach lekarz prowadzący może uznać za badanie wyjściowe badanie rezonansu magnetycznego wykonane w okresie ostatnich 180 dni przed rozpoczęciem leczenia.</li> <li>2) Dla postaci pierwotnie postępującej (dotyczy okrelizumabu): rezonans magnetyczny głowy i maksymalnie 2 odcinków rdzenia kręgowego przed i po podaniu kontrastu; Rezonans magnetyczny wykonuje się w okresie kwalifikacji do programu. Jeżeli leczenie nie zostanie rozpoczęte w okresie 12 miesięcy od jego wykonania to badanie powtarza się tuż przed zastosowaniem pierwszej dawki leku.</li> <li>3) Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS;</li> <li>4) Badania biochemiczne, w tym oceniające funkcje wątroby i nerek oraz w przypadku alemtuzumabu tarczycy;</li> </ol>

<p>magnetycznym, przed i po podaniu kontrastu;</p> <p>4) Pacjenci, u których stwierdza się brak odpowiedzi na pełny, cykl leczenia interferonem beta lub peginterferonem beta-1a, lub octanem glatirameru, lub fumaranem dimetylu, lub teryflunomidem definiowany jako spełnienie obu poniższych warunków (pkt a oraz pkt b):</p> <p>a) liczba i ciężkość rzutów:</p> <p>i. 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami w czasie minimum rocznego cyklu leczenia, lub</p> <p>ii. 1 ciężki rzut po 6 miesiącach leczenia;</p> <p>b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdym 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych:</p> <p>i. więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),</p> <p>ii. więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2;</p> <p>5) Szybko rozwijająca się, ciężka postać choroby rozpoznawana kiedy zostaną spełnione oba poniższe parametry (pkt. a oraz pkt b):</p> <p>a) co najmniej dwa rzuty wymagające leczenia sterydami powodujące niesprawność (w czasie rzutu wzrost EDSS o minimum 2 pkt);</p> <p>b) zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego:</p> <p>i. więcej niż jedna nowa zmiana GD (+) lub</p> <p>ii. więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2 (w sumie nie mniej niż 9 zmian);</p> <p>6) Rozpoznanie postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego oparte na aktualnych kryteriach diagnostycznych McDonald'a oraz spełnienie wszystkich poniższych warunków (pkt a, pkt b oraz pkt c):</p> <p>a) wynik w skali EDSS od 3 do 6,5;</p>		<p>5) Morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>6) Badanie ogólne moczu, a w przypadku alemtuzumabu - badanie moczu z mikroskopową oceną osadu;</p> <p>7) Badanie EKG - dotyczy alemtuzumabu;</p> <p>8) Częstość tętna i wartość ciśnienia tętniczego krwi - dotyczy alemtuzumabu;</p> <p>9) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>10) Konsultacja kardiologiczna u pacjentów otrzymujących leki mogące zwalniać akcję serca (betablokery, werapamil, digoksyna, leki cholinolityczne, pilokarpina itp.) oraz u pacjentów z wywiadem w kierunku zaburzeń rytmu i przewodzenia, niewydolności serca, omdleń kardiogennych, lub innej znaczącej choroby serca - dotyczy fingolimodu;</p> <p>11) Konsultacja okulistyczna - u pacjentów z wywiadem w kierunku cukrzycy lub zapalenia błony naczyniowej oka - dotyczy fingolimodu;</p> <p>12) Oznaczenie poziomu przeciwciał przeciw wirusowi ospy wietrznej i półpaśca (VZV). W razie braku przeciwciał przeciw VZV konieczne jest przeprowadzenie szczepienia przeciw VZV miesiąc przed włączeniem leczenia - dotyczy fingolimodu lub kladrybiny w tabletkach;</p> <p>13) Konsultacja dermatologiczna w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia - dotyczy fingolimodu;</p> <p>14) Wykonanie testu na obecność przeciwciał anti-JCV w celu kwalifikacji do leczenia i stratyfikacji ryzyka PML - dotyczy natalizumabu;</p> <p>15) Badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - dotyczy alemtuzumabu lub kladrybiny w tabletkach;</p> <p>16) Badania przesiewowe w kierunku HBV (antyHBc Total i HbsAg) oraz w razie potrzeby konsultacja specjalisty ds. chorób</p>
---	--	--

<p>b) czas trwania od pierwszych objawów postaci pierwotnie postępującej stwardnienia rozsianego:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. mniej niż 10 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji <math>\leq 5,0</math> lub</li> <li>ii. mniej niż 15 lat u pacjentów z wynikiem EDSS w chwili kwalifikacji <math>&gt;5,0</math>;</li> </ul> <p>c) potwierdzona aktywność zapalna w MRI (w stosunku do poprzedniego wykonanego badania MRI):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>i. przynajmniej 1 ognisko wzmacniające się po Gd lub</li> <li>ii. przynajmniej 1 nowe lub powiększające ognisko T2;</li> </ul> <p>7) Stosowanie antykoncepcji w przypadku kobiet w wieku rozrodczym w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego stosowanego leku;</p> <p>8) Liczba limfocytów musi być prawidłowa przed rozpoczęciem stosowania kladrybiny w tabletkach w pierwszym roku terapii oraz wynosić co najmniej 800 komórek/mm<sup>3</sup> przed rozpoczęciem stosowania kladrybiny w tabletkach w drugim roku terapii. W razie potrzeby można opóźnić cykl leczenia w roku 2. o okres do 6 miesięcy, aby umożliwić odnowę limfocytów. Jeśli taka odnowa trwa dłużej niż 6 miesięcy, pacjent nie powinien już otrzymywać kladrybiny w tabletkach.</p> <p>9) Brak przeciwwskazań do leczenia takich jak: ciężkie aktywne zakażenia (aż do całkowitego ich ustąpienia), zakażenie ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV), niekontrolowane nadciśnienie tętnicze, przebyte rozwarstwienie tętnicy szyjnej i/lub kręgowej, przebyty udar mózgu, przebyta dławica piersiowa lub zawał mięśnia sercowego, koagulopatia, leczenie przeciwplatekcyjne lub leczenie przeciwzakrzepowe, współistniejące choroby autoimmunologiczne inne niż stwardnienie rozsiane.</p> <p>Ponadto do programu kwalifikuje się:</p>		<p>zakaźnych - dotyczy okrelizumabu;</p> <p>17) Konsultacja specjalisty ds. chorób zakaźnych lub specjalisty chorób płuc - dotyczy alemtuzumabu;</p> <p>18) RTG płuc, a w razie potrzeby konsultacja specjalisty chorób płuc - dotyczy okrelizumabu;</p> <p>19) Standardowe badania przesiewowe w kierunku raka piersi zgodnie z lokalnymi wytycznymi - dotyczy okrelizumabu.</p> <p>Ponadto pacjenci włączeni do leczenia powinni obligatoryjnie zapoznać się z materiałami edukacyjnymi w ramach tzw. „planu zarządzania ryzykiem” i potwierdzić ten fakt pisemnie w dokumentacji medycznej.</p> <p><b>2. Inicjacja leczenia</b></p> <p>1) Fingolimod</p> <p>Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Przy rozpoczynaniu leczenia, jak również po jego okresowym przerwaniu należy zastosować sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>2) Natalizumab</p> <p>Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Sposób monitorowania pacjenta należy zastosować według Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>3) Alemtuzumab</p> <p>Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach hospitalizacji. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta według Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p>
--	--	---



10) Pacjentki wyłączone z programu w związku z ciążą, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria leczenia w programie oraz które na moment ponownego włączenia do programu nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia i spełniają pozostałe kryteria przedłużenia leczenia;

11) Pacjentów uprzednio leczonych natalizumabem, lub fingolimodem, lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem, lub kladrybiną w tabletkach w ramach innego sposobu finansowania terapii, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji oraz nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia i spełniają pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.

## **2. Kryteria zamiany leków w programie**

W przypadku wystąpienia objawów niepożądanych lub ze względu na bezpieczeństwo chorego, lub w przypadku nieskuteczności leczenia dopuszcza się w ramach programu zamianę na lek o innym mechanizmie działania. Dokonując zmiany leku należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.

## **3. Kryteria wyłączenia z programu**

Kryterium wyłączenia z programu leczenia fingolimodem lub natalizumabem, lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem, lub kladrybiną w tabletkach jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów.

- 1) Przejście w postać wtórnie postępującą;
- 2) Rezygnacja pacjenta lub nieprzestrzeganie zasad leczenia;
- 3) Pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystykach Produktów Leczniczych;
- 4) W przypadku podejrzenia postępującej wieloogniskowej

## **4) Okrelizumab**

Inicjacja leczenia musi być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź w poradni przyszpitalnej. Należy zastosować premedykację i sposób monitorowania pacjenta wskazany w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

## **5) Kladrybina w tabletkach**

Inicjacja leczenia może być przeprowadzona w warunkach krótkotrwałej hospitalizacji bądź poradni przyszpitalnej. Należy zastosować sposób monitorowania pacjenta według Charakterystyki Produktu Leczniczego.

## **3. Monitorowanie leczenia**

Monitorując leczenie fingolimodem, lub natalizumabem lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem, lub kladrybiną w tabletkach należy kierować się zapisami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych.

### **3.1. Monitorowanie leczenia fingolimodem**

- 1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące;
- 2) Badanie morfologii krwi oraz poziomu transaminaz wątrobowych i bilirubiny w 1., 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych;
- 3) Okresowa kontrola ciśnienia tętniczego krwi, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące;
- 4) Badanie ogólne moczu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza;
- 5) Test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza;
- 6) Konsultacja okulistyczna 3-4 miesiące po rozpoczęciu leczenia w celu wykluczenia obrzęku plamki, a następnie zależnie od opinii

leukoencefalopatii (PML) postępować zgodnie z zaleceniami dotyczącymi określonego produktu leczniczego opisanymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego oraz:

- a) w przypadku podejrzenia PML należy wstrzymać podawanie leku do czasu jego wykluczenia,
- b) w przypadku potwierdzenia PML należy trwale odstawić lek.

#### 4. Określenie czasu leczenia w programie

Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza się po każdym pełnych 12 miesiącach terapii. U chorych odpowiadających na leczenie po ocenie skuteczności, terapię fingolimodem lub natalizumabem, lub okrelizumabem można przedłużyć o kolejne 12 miesięcy. Łączny czas leczenia pacjenta, lekami modyfikującymi przebieg choroby, zależy od decyzji lekarza.

Z uwagi na podwyższone ryzyko PML specjalista neurolog i pacjent powinni ponownie po 2 latach terapii indywidualnie rozważyć korzyści i ryzyko leczenia natalizumabem.

Maksymalny czas leczenia alemtuzumabem w ramach programu obejmuje podanie 2 początkowych kursów leczenia z dodatkowymi dwoma kursami leczenia, w razie potrzeby.

Leczenie kladrybiną w tabletkach prowadzone jest w dwóch cyklach, podawanych na początku dwóch kolejnych lat: każdy kwalifikujący się pacjent otrzymuje dwa cykle leczenia kladrybiną w tabletkach - pierwszy cykl w pierwszym roku i drugi cykl w drugim roku leczenia. Każdy cykl składa się z 2 tygodni leczenia, jednego na początku pierwszego miesiąca i jednego na początku drugiego miesiąca danego roku leczenia. Każdy cykl leczenia trwa 4 lub 5 dni, podczas których pacjent otrzymuje 10 mg lub 20 mg (jedną lub dwie tabletki) w pojedynczej dawce dobowej, w zależności od masy ciała - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Po zakończeniu 2 cykli leczenia nie jest wymagane dalsze leczenie kladrybiną w tabletkach w

okulisty, jednak nie rzadziej niż raz w roku. Konsultacja okulisty jest konieczna również w przypadku wystąpienia jakichkolwiek zaburzeń widzenia w trakcie leczenia fingolimodem;

- 7) Konsultacja dermatologiczna po każdym 12 miesiącach leczenia;
- 8) Rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego.

#### 3.2. Monitorowanie leczenia natalizumabem

- 1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS co 3 miesiące;
- 2) Badanie morfologii krwi i poziomu transaminaz wątrobowych w 3., 6., 9. i 12. miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej, niż co 6 miesięcy lub zależnie od wskazań klinicznych;
- 3) Badanie moczu z mikroskopową oceną osadu w odstępach czasu ustalonych przez lekarza;
- 4) Test ciążowy w odstępach czasu ustalonych przez lekarza;
- 5) W przypadku podejrzenia PML lub JCV GCN badanie płynu mózgowo-rdzeniowego na obecność wirusa JC, badanie rezonansu magnetycznego bez i po podaniu kontrastu;
- 6) Powtarzanie testu na obecność przeciwciał anty-JCV z określeniem miana poziomu przeciwciał, u pacjenta z ujemnym mianem przeciwciał anty-JCV co 6 miesięcy;
- 7) U pacjentów zgłaszających objawy takie jak: zmniejszona ostrość widzenia, zaczerwienienie i ból oka należy skierować na badanie siatkówki w kierunku ARN. W przypadku klinicznego potwierdzenia ARN należy rozważyć zakończenie leczenia natalizumabem;
- 8) Rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego;
- 9) W przypadku terapii natalizumabem u pacjentów z wyższym

roku 3. i 4. W razie potrzeby można opóźnić cykl leczenia w roku 2. o okres do 6 miesięcy, aby umożliwić odnowę limfocytów. Jeśli taka odnowa trwa dłużej niż 6 miesięcy, pacjent nie powinien już otrzymywać kladrybiny w tabletkach. Czas obserwacji powinien wynosić 48 miesięcy po ostatnim podaniu leku z kontrolą co 6 miesięcy. Ocena skuteczności leczenia kladrybiną w tabletkach powinna być przeprowadzona po podaniu pełnej dawki leku, po dwóch cyklach leczenia. W przypadku, gdy stan pacjenta po podaniu pierwszego cyklu pogorszy się w stosunku do stanu sprzed podania leku, lekarz może rozważyć zmianę leczenia zgodnie z punktem 2 kryteriów zamiany leków w programie.

Za brak skuteczności leczenia fingolimodem lub natalizumabem, lub alemtuzumabem, lub okrelizumabem (w przypadku postaci rzutowo-remisyjnej), lub kladrybiną w tabletkach uzasadniająca zmianę leczenia lub przerwanie leczenia, przyjmuje się wystąpienie 2 z 3 poniższych kryteriów:

- 1) Liczba i ciężkość rzutów:
  - a) 2 lub więcej rzutów umiarkowanych wymagających leczenia sterydami, lub
  - b) 1 ciężki rzut wymagający leczenia sterydami po 6 miesiącach leczenia;
- 2) Progresja choroby mimo leczenia, co oznacza utrzymujące się przez co najmniej 3 miesiące pogorszenie się stanu neurologicznego o co najmniej:
  - a) 2 pkt EDSS, gdy EDSS do 3,5,
  - b) 1 pkt EDSS, gdy EDSS od 4,0;
- 3) Zmiany w badaniu rezonansu magnetycznego wykonanym po każdym 12 miesiącach, gdy stwierdza się jedno z poniższych:
  - a) więcej niż jedna nowa zmiana Gd (+),
  - b) więcej niż dwie nowe zmiany w sekwencji T2.

Za brak skuteczności leczenia okrelizumabem (w przypadku postaci

ryzykiem wystąpienia PML należy rozważyć częstsze badania MRI (np. co 3-6 miesięcy), z zastosowaniem skróconej sekwencji. Do takich pacjentów należą:

- a) pacjenci z wszystkimi trzema czynnikami ryzyka PML (tj. z obecnością przeciwciał anti-JCV oraz stosujący leczenie natalizumabem od ponad 2 lat oraz wcześniej stosujący leki immunosupresyjne) lub
- b) pacjenci z wysokim wskaźnikiem przeciwciał anti-JCV, leczeni natalizumabem od ponad 2 lat i którzy wcześniej nie otrzymywali leków immunosupresyjnych. Z dostępnych danych wynika, że ryzyko rozwoju PML jest niskie przy wskaźniku  $\leq 0,9$  i znacząco wzrasta dla wartości powyżej 1,5 u pacjentów leczonych natalizumabem przez dłużej niż 2 lata.

### 3.3. Monitorowanie leczenia alemtuzumabem

- 1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące;
- 2) Morfologia krwi z rozmazem, stężenie kreatyniny w surowicy i badanie moczu z mikroskopową oceną osadu, co miesiąc. Rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych;
- 3) Stężenie TSH w surowicy co 3 miesiące. Rozszerzenie diagnostyki w przypadku wskazań klinicznych;
- 4) U pacjentek przeprowadzenie raz w roku badania przesiewowego pod kątem zakażenia wirusem HPV;
- 5) Badanie rezonansu magnetycznego - do decyzji lekarza prowadzącego.

Badania należy kontynuować do 48 miesięcy po ostatnim kursie leczenia alemtuzumabem.

Przed drugim podaniem alemtuzumabu u kobiet w wieku rozrodczym należy wykonać test ciąży oraz badania w kierunku HIV, oznaczenie jakościowe w kierunku wirusii HBV i HCV oraz RTG klatki

pierwotnie postępującej) przyjmuje się wystąpienie jednego z poniższych:

- 1) Wystąpienie nieskuteczności leczenia definiowanej jako pogorszenie w skali EDSS o co najmniej 2 pkt w ciągu 12 miesięcy lub
- 2) EDSS powyżej 8.

#### **5. Kryteria przedłużenia leczenia o kolejne 12 miesięcy**

Leczenie fingolimodem, lub natalizumabem, lub okrelizumabem może zostać przedłużone o kolejne 12 miesięcy u pacjentów niespełniających kryteriów wyłączenia zgodnie z pkt. 3 oraz kryteriów nieskuteczności wskazanych w pkt 4. Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnana jest skuteczność kliniczna i nie wystąpią kryteria wyłączenia.

Po ukończeniu 18 roku życia nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych.

Pacjent będący w trakcie terapii, który ukończył 18 rok życia może kontynuować terapię w pediatrycznym ośrodku realizującym program lekowy do czasu jej ukończenia, jednak nie dłużej niż do ukończenia 20 roku życia, po uzyskaniu indywidualnej zgody dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ.

piersiowej.

#### **3.4. Monitorowanie leczenia okrelizumabem**

- 1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące;
- 2) Badanie morfologii krwi - przed każdym podaniem leku;
- 3) Badanie ogólne moczu oraz test ciążowy - przed każdym podaniem leku;
- 4) Badanie funkcji nerek i wątroby - przed każdym podaniem leku;
- 5) Badanie HBsAg, antyHBcAg - przed każdym podaniem leku;
- 6) Rezonans magnetyczny po każdym 12 miesiącach leczenia - podanie kontrastu do decyzji lekarza prowadzącego - dotyczy stosowania okrelizumabu w postaci rzutowo-remisyjnej.

#### **3.5. Monitorowanie leczenia kladrybiną w tabletkach**

- 1) Badanie neurologiczne z oceną EDSS, co 3 miesiące przez pierwsze dwa lata leczenia.
- 2) Morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów przed rozpoczęciem stosowania leku - 2 miesiące i 6 miesięcy po rozpoczęciu leczenia w każdym roku leczenia. Jeśli liczba limfocytów zmniejszy się do wartości poniżej 500 komórek/mm<sup>3</sup>, należy ją aktywnie monitorować do czasu ponownego wzrostu wartości do wartości co najmniej 800 komórek/mm<sup>3</sup>;
- 3) Ocena stanu neurologicznego z określeniem EDSS - przed kolejnym kursem leku;
- 4) Morfologia krwi z rozmazem, z uwzględnieniem liczby limfocytów - przed kolejnym kursem leku;
- 5) Oznaczenie stężenia kreatyniny w surowicy - przed kolejnym kursem leku;

- 6) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym - przed kolejnym kursem leku;
- 7) Badania przesiewowe w kierunku HIV oraz HBV, HCV, TBC - przed kolejnym kursem leku;
- 8) Wizyta kontrolna, co 6 miesięcy z oceną stanu klinicznego - w kolejnych latach (do 48 miesięcy po ostatniej dawce);
- 9) MRI - zalecane raz na rok.

#### **4. Monitorowanie programu**

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ - informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**LECZENIE UMIARKOWANEJ I CIĘŻKIEJ POSTACI ŁUSZCZYCY PŁACKOWATEJ (ICD-10: L40.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>A. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1. Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Płackowatej, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Płackowatej, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.</p> <p>2. Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <p>a) pacjenci w wieku:</p> <p>a) 18 lat i powyżej</p> <p>lub</p> <p>b) 6 lat i powyżej - w przypadku kwalifikacji do terapii etanerceptem;</p> <p>b) pacjenci:</p> <p>a) z ciężką postacią łuszczycy płackowatej</p> <p>albo</p>	<p><b>A. Dawkowanie</b></p> <p>Adalimumab, etanercept, infliksymab, iksekizumab, sekukinumab, ustekinumab, rizankizumabem, guselkumabem, certolizumab pegol i tyltrakizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC oraz z uwzględnieniem umożliwienia zmniejszania dawek leków lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.</p>	<p><b>A. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) morfologia krwi;</p> <p>2) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</p> <p>3) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</p> <p>4) stężenie kreatyniny w surowicy;</p> <p>5) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>6) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>7) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</p> <p>8) obecność antygeny HBs;</p> <p>9) przeciwciała anty-HCV;</p> <p>10) obecność antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>11) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p> <p>12) EKG (w przypadku pacjentów w wieku od 6 do 18 lat – do decyzji lekarza prowadzącego);</p>

b) z umiarkowaną lub ciężką postacią łuszczycy plackowatej – w przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem, infliksymabem, certolizumabem pegol lub tyldrakizumabem

– którzy przestali reagować na leczenie lub mają przeciwwskazania, lub nie tolerują innych metod leczenia ogólnego;

c) pacjenci, u których uzyskano następującą ocenę nasilenia procesu łuszczycowego ze wskaźnikami:

a) PASI większym niż 18 – w przypadku kwalifikacji do terapii sekukinumabem, iksekizumabem, ustekinumabem, guselkumabem lub risankizumabem

albo

PASI większym niż 10 – w przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem, infliksymabem, certolizumabem pegol lub tyldrakizumabem

oraz

b) DLQI (ewentualnie CDLQI) większym niż 10,

oraz

c) BSA większym niż 10;

d) pacjenci, u których nie uzyskano poprawy po leczeniu z zastosowaniem co najmniej dwóch różnych klasycznych metod ogólnych zastosowanych zgodnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC, a w przypadku pacjentów od 6 do 18 roku życia po nieskuteczności leczenia miejscowego lub ogólnego zgodnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC lub pacjenci, u których występują przeciwwskazania do zastosowania metod terapii ogólnej zgodnie z rekomendacjami zgodnie aktualnie obowiązującymi rekomendacjami PTD/EADV/EDF/IPC.

3. Do programu kwalifikowani są również pacjenci, uprzednio leczeni etanerceptem, infliksymabem, sekukinumabem, iksekizumabem, guselkumabem, risankizumabem, certolizumabem pegol lub tyldrakizumabem w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że

## **B. Monitorowanie leczenia**

1. Monitorowanie terapii - po 2 miesiącach ( $\pm$  30 dni) i 4 miesiącach ( $\pm$  30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:

1) morfologię krwi;

2) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);

3) stężenie kreatyniny w surowicy;

4) AspAT i AlAT

oraz po 4 miesiącach ( $\pm$  30 dni) od pierwszego podania substancji czynnej należy dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii wg wskaźników PASI, DLQI i BSA.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania laboratoryjne oraz ocenę skuteczności klinicznej należy powtarzać co najmniej raz na 6 miesięcy ( $\pm$  30 dni).

## **C. Monitorowanie programu**

1. gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2. uzupełnienie danych zawartych w w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu oraz nie spełnili kryteriów zakończenia udziału w programie.

4. W przypadkach, w których zmiany łuszczycowe zajmują miejsca szczególne, takie jak skóra owłosiona głowy lub twarzy lub okolic narządów płciowych lub rąk lub stóp lub paznokci, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.
5. W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.

#### **B. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie**

Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystykach Produktów Lecznicznych poszczególnych substancji czynnych ujętych w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji PTD/EADV/EDF/IPC.

#### **C. Adekwatna odpowiedź na leczenie**

1. po 4 miesiącach ( $\pm$  30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 75% lub
2. po 4 miesiącach ( $\pm$  30 dni) terapii zmniejszenie wartości wskaźnika PASI o co najmniej 50% oraz poprawa jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI (ew. CDLQI) o przynajmniej 5 punktów.

#### **D. Kryteria i warunki zmiany terapii**

1. Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:
  - 1) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub

3. przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.



pomocniczą lub

- 2) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub
  - 3) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt C ppkt 1-2 lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących.
2. W ramach programu lekowego nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dziewięciu leków biologicznych, w tym nie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa.
  3. W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.
  4. Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku i kolejnych w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem programu.
  5. W ramach programu lekowego nie jest możliwa zmiana terapii jeżeli podczas kwalifikacji pacjent nie spełnił kryterium wartości PASI powyżej 10 lub 18.

#### **E. Kryteria wyłączenia z programu**

1. brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt C ppkt 1-2;
2. utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących to znaczy:
  - a) PASI większy niż 10 – jeżeli w czasie kwalifikacji wskaźnik PASI był mniejszy niż 18 albo PASI większy niż 18 – jeżeli w czasie kwalifikacji wskaźnik PASI był większy niż 18oraz
  - b) BSA większy niż 10,oraz
  - c) DLQI (ew. CDLQI) większy niż 10;

3. wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.

#### **F. Czas leczenia w programie**

1. W przypadku kwalifikacji do terapii sekukinumabem, iksekizumabem, ustekinumabem, guselkumabem, risankizumabem lub tyldrakizumabem:

1) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami przedstawionymi w opisie przedmiotowego programu, jednak nie dłużej niż do 96 tygodni.

2) W uzasadnionych przypadkach potwierdzonych decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej, u niektórych pacjentów można zastosować w ramach programu terapię trwającą powyżej 96 tygodni

– przy czym długość trwania takiej terapii określa Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej.

3) Terapię i udział pacjenta w programie należy przerwać w przypadku nie uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie:

a) po 28 tygodniach od podania pierwszej dawki ustekinumabu lub tyldrakizumabu albo

b) po 16 i 28 tygodniach od podania pierwszej dawki sekukinumabu, albo

c) po 16 tygodniach od podania pierwszej dawki iksekizumabu, guselkumabu lub risankizumabu.

Decyzja o zakończeniu leczenia zostaje przekazana do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Łuszczycy Plackowatej.

2. W przypadku kwalifikacji do terapii adalimumabem, etanerceptem, infliksymabem lub certolizumabem pegol:

1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.

- 2) Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu
- 3) W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.

#### **G. Kryteria ponownego włączenia do programu**

1. Pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią, u którego stwierdzono adekwatną odpowiedź na leczenie, może być ponownie włączony do programu bez kwalifikacji, jeżeli podczas badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby definiowany jako wzrost wartości wskaźnika PASI o co najmniej 30% w stosunku do wartości obliczonej w momencie odstawienia leku przy czym wartość wskaźnika PASI musi być większa niż 10.
2. Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wiązało się z uzyskaniem adekwatnej odpowiedzi.
3. Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

**LECZENIE CHORYCH NA RAKA JAJNIKA, RAKA JAJOWODU LUB RAKA OTRZEWNEJ (ICD-10: C56, C57, C48)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Leczenie chorych bewacyzumabem na zaawansowanego raka jajnika, jajowodu, lub pierwotnego raka otrzewnej</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne rozpoznanie raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;</li> <li>2) stopień zaawansowania FIGO IV lub III z chorobą resztkową po zabiegu cytoredukcji &gt; 1cm (suboptymalna cytoredukcja; wymagane jest opisanie resztkowych zmian nowotworowych pozostawionych po operacji z określeniem wielkości w centymetrach);</li> <li>3) niestosowanie wcześniejszego leczenia systemowego raka jajnika. Wcześniejsza chemioterapia neoadjuwantowa jest dopuszczalna;</li> <li>4) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;</li> <li>5) wiek powyżej 18 roku życia;</li> <li>6) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) liczba płytek krwi większa lub równa <math>1,5 \times 10^5/\text{mm}^3</math>,</li> <li>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa <math>1500/\text{mm}^3</math>,</li> <li>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;</li> </ol> </li> <li>7) wskaźniki koagulacyjne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT) w zakresie wartości prawidłowych,</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Leczenie chorych bewacyzumabem na zaawansowanego raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej</b></p> <p><b>Bewacyzumab</b> -7,5 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 30-90 minut - dzień 1</p> <p>Rytm: co 3 tygodnie. 18 cykli</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Bewacyzumab podaje się w skojarzeniu z chemioterapią (rozliczaną z NFZ z katalogu chemioterapii) prowadzoną w następujący sposób: <ul style="list-style-type: none"> <li>- karboplatyna (AUC 5-6) – dzień 1;</li> <li>- paklitaksel 175 mg/m<sup>2</sup> – dzień 1;</li> </ul> </li> </ol> <p>Rytm: co trzy tygodnie. 6 cykli.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Po zakończeniu chemioterapii leczenie bewacyzumabem jest kontynuowane w 3-tygodniowych cyklach do wyczerpania 18 cykli lub do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowanych działań niepożądanych (w zależności od tego, co wystąpi pierwsze).</li> <li>3) W przypadku konieczności zakończenia chemioterapii lub jednego z jej składników</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie chorych bewacyzumabem na zaawansowanego raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie w surowicy stężenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) mocznika,</li> <li>b) kreatyniny,</li> <li>c) bilirubiny;</li> </ol> </li> <li>4) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AIAT);</li> <li>5) oznaczenie czasu kaolinowekefalinowego (APTT);</li> <li>6) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (PT);</li> <li>7) oznaczenie stężenia CA125;</li> <li>8) badanie ogólne moczu;</li> </ol>

<p>b) czas protrombinowy (PT) lub międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) w zakresie wartości prawidłowych;</p> <p>8) wskaźniki czynności wątroby i nerek:</p> <p>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),</p> <p>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>c) stężenie kreatyniny w granicach normy;</p> <p>9) wykluczenie ciąży;</p> <p>10) brak przeciwwskazań do chemioterapii karboplatiną oraz paklitakselem,</p> <p>11) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania bewacyzumabu, którymi są:</p> <p>a) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia,</p> <p>b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,</p> <p>c) niestabilne nadciśnienie tętnicze,</p> <p>d) niestabilna choroba niedokrwienna serca,</p> <p>e) naczyniowe choroby ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie,</p> <p>f) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia,</p> <p>g) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień,</p> <p>h) stosowanie leków przeciwkrzepliwych lub antyagregacyjnych (z wyłączeniem stosowania w dawkach profilaktycznych),</p> <p>i) niegojące się rany,</p> <p>j) białkomocz,</p> <p>k) nadwrażliwość na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych.</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni bewacyzumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod</p>	<p>przed ukończeniem 6 cykli leczenia bewacyzumab można kontynuować według zasad opisanych w punkcie 2.</p> <p>4) Bewacyzumab jest podawany od pierwszego cyklu chemioterapii lub od drugiego cyklu w przypadku, kiedy chemioterapia zostanie rozpoczęta przed upływem 28 dni od poważnego zabiegu operacyjnego.</p> <p>5) W przypadku konieczności przerwania leczenia karboplatiną lek ten można zastąpić cisplatiną i kontynuować leczenie.</p> <p>6) W przypadku konieczności wtórnego zabiegu operacyjnego, zabieg można wykonać nie wcześniej niż 28 dni od podania bewacyzumabu a wznowienie leczenia bewacyzumabem nie może rozpocząć się wcześniej niż 28 dni po zabiegu operacyjnym.</p> <p>7) Modyfikacje dawkowania oraz rytmu podawania leków zgodnie z zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktów Leczniczych aktualnych na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją w ramach tego programu.</p> <p><b>2. Leczenie podtrzymujące inhibitorami PARP chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej, z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 (olaparybem albo niraparybem)</b></p>	<p>9) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową;</p> <p>10) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>11) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego mózgu w zależności wskazań klinicznych w celu obrazowania przerzutów do OUN;</p> <p>12) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywana tomografia komputerowa tej okolicy;</p> <p>13) elektrokardiogram (EKG);</p> <p>14) pomiar ciśnienia tętniczego;</p> <p>15) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Pooperacyjne (przed rozpoczęciem leczenia bewacyzumabem) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy należy wykonać nie wcześniej niż 4 tygodnie po operacji, ale nie później niż 2 tygodnie po rozpoczęciu chemioterapii.</p> <p>Celem wstępnych badań obrazowych jest umożliwienie późniejszego monitorowania progresji choroby.</p> <p><b>1.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenie stężenia w surowicy:</p>
--	--	--

<p>warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do niniejszego programu lekowego.</p> <p><b>2. Leczenie podtrzymujące inhibitorami PARP chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 (olaparybem albo niraparybem) lub niezależnie od obecności mutacji w genach BRCA 1/2 (niraparybem)</b></p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikacji chorych na nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej (leczenie olaparybem tylko pod postacią tabletek albo niraparybem)</b></p> <p>1) histologiczne rozpoznanie zaawansowanego (w stopniu III- IV wg FIGO) raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3) raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej;</p> <p>Stopień zaawansowania choroby (FIGO) - spełnienie jednego z poniższych kryteriów:</p> <p>a) FIGO III u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach <i>BRCA1/2</i> bez względu na chorobę resztkową i/lub zabieg cytoredukcji (w przypadku olaparybu) lub</p> <p>b) FIGO III u chorych jedynie z widoczną chorobą resztkową po pierwotnym zabiegu cytoredukcyjnym (w przypadku niraparybu) lub</p> <p>c) FIGO III lub IV po zastosowaniu chemioterapii neoadjuwantowej u chorych z mutacją patogenną lub prawdopodobnie patogenną w genach <i>BRCA 1/2</i> (w przypadku olaparybu albo niraparybu) albo bez mutacji (w przypadku niraparybu) lub</p> <p>d) FIGO IV (w przypadku olaparybu albo niraparybu);</p> <p>2) obecność patogenicznej lub prawdopodobnie patogenicznej mutacji w genie <i>BRCA1</i> lub w <i>BRCA2</i> (dziedzicznej lub somatycznej) – wymaganie bezwzględne tylko w przypadku olaparybu;</p>	<p><b>lub niezależnie od obecności mutacji w genach BRCA 1/2 (niraparybem)</b></p> <p><b>Olaparyb</b> – maksymalna całkowita dawka dobową: 600 mg w postaci tabletek lub 800 mg w postaci kapsułek.</p> <p><b>Niraparyb</b> – maksymalna całkowita dawka dobową: 300 mg.</p> <p>Dawkowanie, modyfikacja dawkowania, sposób oraz rytm podawania zgodnie z zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktu Leczniczego aktualnych na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją.</p> <p>Jeden miligram olaparybu w postaci kapsułek nie odpowiada jednemu miligramowi olaparybu w postaci tabletek, dlatego przy zastąpieniu produktu Lynparza kapsułki (50 mg) produktem Lynparza tabletki (100 mg i 150 mg) należy wziąć pod uwagę różnice w dawkowaniu obu produktów opisane w ChPL.</p>	<p>a) kreatyniny, b) bilirubiny, c) APTT i PT lub INR;</p> <p>3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AIAT);</p> <p>4) badanie ogólne moczu;</p> <p>5) pomiar ciśnienia tętniczego;</p> <p>6) inne badanie w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Ww. badania w ramach monitorowania bezpieczeństwa leczenia wykonuje się przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu terapii.</p> <p><b>1.3. Monitorowanie skuteczności</b></p> <p>1) badanie tomografii komputerowej odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>2) oznaczenie stężenia CA125 - wykonuje się nie rzadziej niż co 3 cykle leczenia;</p> <p>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania tomografii komputerowej wykonuje się:</p> <p>a) po zakończeniu chemioterapii, b) w trakcie leczenia bewacyzumabem: nie rzadziej niż co 24 tygodnie, c) w chwili wyłączenia z programu, o ile nastąpiło z innych przyczyn niż udokumentowana progresja choroby,</p>
---	---	---

- 3) całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST 1.1 odpowiedź na chemioterapię pierwszego rzutu opartą o leczenie zawierające pochodne platyny;
- 4) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-1 według klasyfikacji ECOG;
- 5) wiek powyżej 18 roku życia;
- 6) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:
  - a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl,
  - b) liczba leukocytów większa lub równa  $3,0 \times 10^9/l$ ,
  - c) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa  $1,5 \times 10^9/l$ ,
  - d) liczba płytek krwi większa lub równa  $100 \times 10^9/l$ ;
- 7) wskaźniki czynności wątroby i nerek:
  - a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),
  - b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy (5-krotnie u chorych z przerzutami do wątroby),
  - c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy,
- 8) wykluczenie ciąży.

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni olaparybem albo niraparybem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego.

## **2.2. Kryteria kwalifikacji chorych na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej (leczenie olaparybem pod postacią tabletek albo kapsulek)**

- d) zawsze przy wzroście stężenia CA125 powyżej dwukrotnej wartości nadiru,
- e) zawsze w przypadku wskazań klinicznych.

Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST.

## **2. Leczenie podtrzymujące inhibitorami PARP chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej z obecnością mutacji w genach BRCA1/2 (olaparybem albo niraparybem) lub niezależnie od obecności mutacji w genach BRCA 1/2 (niraparybem)**

### **2.1. Badania przy kwalifikacji**

- 1) W celu potwierdzenia uzyskania obiektywnej odpowiedzi (całkowitej lub częściowej) na leczenia schematem chemioterapii zawierającym pochodne platyny należy wykonać badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;
- 2) morfologia krwi z rozmazem;
- 3) oznaczenie w surowicy stężenia:
  - a) kreatyniny,
  - b) bilirubiny;
- 4) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);

<ol style="list-style-type: none"><li>1) histologiczne rozpoznanie raka jajnika o niskim stopniu zróżnicowania (ang. high grade, G2 lub G3), raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej (stosowanie olaparybu pod postacią kapsulek jest ograniczone tylko do leczenia podtypu surowiczego zgodnie z ChPL dla kapsulek);</li><li>2) obecność patogennej lub prawdopodobnie patogennej mutacji w genie <i>BRCA1</i> lub w <i>BRCA2</i> (dziedzicznej lub somatycznej);</li><li>3) platynowrażliwy nawrotowy rak jajnika (nawrót choroby w okresie nie wcześniej niż 6 miesięcy od zakończenia leczenia pochodnymi platyny);</li><li>4) wcześniejsze zastosowanie przynajmniej dwóch linii chemioterapii z udziałem pochodnych platyny;</li><li>5) całkowita lub częściowa wg kryteriów RECIST 1.1 odpowiedź na leczenie po ostatnim schemacie leczenia zawierającym pochodne platyny;</li><li>6) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG;</li><li>7) wiek powyżej 18 roku życia;</li><li>8) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:<ol style="list-style-type: none"><li>a) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl,</li><li>b) liczba leukocytów większa lub równa <math>3,0 \times 10^9/l</math>,</li><li>c) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa <math>1,5 \times 10^9/l</math>,</li><li>d) liczba płytek krwi większa lub równa <math>100 \times 10^9/l</math>;</li></ol></li><li>9) wskaźniki czynności wątroby i nerek:<ol style="list-style-type: none"><li>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),</li><li>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 2,5-krotnie górnej granicy normy (5-krotnie u chorych z przerzutami do wątroby),</li><li>c) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 1,5-krotnie górnej granicy normy;</li></ol></li><li>10) wykluczenie ciąży.</li></ol> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>		<ol style="list-style-type: none"><li>5) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową;</li><li>6) oznaczenie stężenia CA125;</li><li>7) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li><li>2) oznaczenie stężenia w surowicy:<ol style="list-style-type: none"><li>a) kreatyniny,</li><li>b) bilirubiny;</li></ol></li><li>3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);</li><li>4) inne badanie w razie wskazań klinicznych.</li></ol> <p>Badania wykonuje się co 1 miesiąc.</p> <p>W przypadku niraparybu w pierwszym miesiącu leczenia zaleca się kontrolę morfologii krwi raz na tydzień i w razie konieczności modyfikację dawkowania.</p> <p><b>2.3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</li><li>2) oznaczenie stężenia CA125 co 3 miesiące lub w przypadku podejrzenia progresji choroby nowotworowej;</li><li>3) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li></ol>
---	--	---



Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni olaparybem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do tego programu lekowego.

W programie istnieje jednorazowa możliwość leczenia inhibitorami PARP.

### **3. Określenie czasu leczenia w programie**

#### **3.1. Leczenie chorych bewacyzumabem na zaawansowanego raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej**

Leczenie trwa do wyczerpania 18 cykli albo do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu (pkt 5).

#### **3.2. Leczenie podtrzymujące inhibitorami PARP chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej z obecnością mutacji w genach BRCA1/2 (olaparybem albo niraparybem) lub niezależnie od obecności mutacji w genach BRCA 1/2 (niraparybem)**

##### **3.2.1. Leczenie chorych olaparybem na nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej**

- a) w przypadku uzyskania całkowitej odpowiedzi na leczenie (CR wg RECIST 1.1) – 24 miesiące,
- b) w przypadku uzyskania częściowej odpowiedzi na leczenie (PR wg RECIST 1.1.) – pacjenci z częściową odpowiedzią po 2 latach, którzy w opinii lekarza prowadzącego mogą odnieść korzyści z dalszego leczenia mogą kontynuować je powyżej 2 lat,
- c) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z kryteriami RECIST 1.1,

Badania tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego wykonuje się:

- a) w trakcie leczenia olaparybem albo niraparybem co 6 miesięcy w zależności od wskazań klinicznych,
- b) przy wzroście stężenia CA125 - stwierdzonym w dwóch kolejnych oznaczeniach, dokonanych w odstępie co najmniej 1 tygodnia - przekraczającym 2-krotną wartość nadiru (u chorych z wartością wyjściową poza zakresem normy) lub 2-krotnie górną granicę normy. Natomiast w przypadku braku objawów progresji w badaniu obrazowym (TK/RMI) kolejne badanie obrazowe wykonuje się nie wcześniej niż za 3 miesiące, chyba że wcześniej wystąpią objawy kliniczne progresji choroby nowotworowej.

Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST 1.1.

### **3. Monitorowanie programu**

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ).
- 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (system monitorowania programów

d) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.

**3.2.2. Leczenie chorych niraparybem na nowo zdiagnozowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej**

Leczenie trwa 36 miesięcy.

**3.2.3. Leczenie chorych olaparybem na nawrotowego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej**

a) do czasu wystąpienia progresji choroby podstawowej zgodnie z kryteriami RECIST 1.1,

b) do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności.

**4. Kryteria uniemożliwiające udział w programie**

**4.1. Leczenie chorych bewacyzumabem na zaawansowanego raka jajnika, jajowodu, lub pierwotnego raka otrzewnej**

Wcześniejsze leczenie bewacyzumabem (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni bewacyzumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego).

**4.2. Leczenie podtrzymujące inhibitorami PARP chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 (olaparybem albo niraparybem) lub niezależnie od obecności mutacji w genach BRCA 1/2 (niraparybem)**

Wcześniejsze leczenie inhibitorem PARP (nie dotyczy pacjentów, którzy byli leczeni olaparybem albo niraparybem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego).

terapeutycznych – SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.

3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).

## **5. Kryteria wyłączenia z programu**

### **5.1. Leczenie chorych bewacyzumabem na zaawansowanego raka jajnika, jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej**

- 1) objawy nadwrażliwości na bewacyzumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) progresja choroby w trakcie leczenia (wg RECIST 1.1);
- 3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu równym lub większym od 3 według klasyfikacji NCI CTC;
- 4) utrzymujące się pogorszenie sprawności ogólnej.

### **5.2. Leczenie podtrzymujące inhibitorami PARP chorych na niskozróżnicowanego raka jajnika, raka jajowodu lub pierwotnego raka otrzewnej z obecnością mutacji w genach BRCA 1/2 (olaparybem albo niraparybem) lub niezależnie od obecności mutacji w genach BRCA 1/2 (niraparybem)**

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na inhibitory PARP (olaparyb albo niraparyb) lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) progresja choroby podstawowej w trakcie leczenia (wg RECIST 1.1);
- 3) długotrwałe działania niepożądane w stopniu  $\geq 3$  według klasyfikacji NCI CTC;
- 4) karmienie piersią podczas leczenia oraz 1 miesiąc po przyjęciu ostatniej dawki leku.

**LECZENIE PŁASKONABŁONKOWEGO RAKA NARZĄDÓW GŁOWY I SZYI**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>A. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)</b></p> <p><b>1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z potwierdzeniem histologicznego rozpoznania płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi (lokalizacja – ustna część gardła, krtaniowa część gardła lub krtani) ustalonego na podstawie badania materiału uzyskanego przez biopsję wycinkową ogniska pierwotnego nowotworu lub przerzutowo zmienionych regionalnych węzłów chłonnych;</p> <p>2) potwierdzenie zaawansowania w stopniach III lub IV (z wyłączeniem stopnia T1N1 i wykluczeniem obecności przerzutów w odległych narządach) ustalone na podstawie badania przedmiotowego i badań obrazowych;</p>	<p><b>A. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)</b></p> <p><b>1. Cetuksymab</b></p> <p>1.1. Przed pierwszym i kolejnymi zastosowaniami cetuksymabu konieczna jest premedykacja z udziałem leku przeciwhistaminowego i kortykosteroidu. Lek musi być podawany pod nadzorem lekarza doświadczonego w stosowaniu leków przeciwnowotworowych, a w czasie wlewu oraz przynajmniej przez godzinę po jego zakończeniu konieczne jest ścisłe monitorowanie stanu pacjenta przy jednoczesnym zapewnieniu dostępności sprzętu resuscytacyjnego.</p> <p>1.2. Cetuksymab podawany jest raz w tygodniu.</p> <p>1.3. Cetuksymab w dawce 400 mg/m<sup>2</sup> podawany jest dożylnie po raz pierwszy 7 dni przed planowanym</p>	<p><b>A. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi w skojarzeniu z radioterapią w miejscowo zaawansowanej chorobie (ICD-10 C01, C05.0, C05.1, C05.2, C05.8, C05.9, C09.0, C09.1, C09.8, C09.9, C10.0, C10.1, C10.2, C10.3, C10.4, C10.8, C10.9, C12, C13.0, C13.1, C13.2, C13.8, C13.9, C32.0, C32.1, C32.2, C32.3, C32.8, C32.9)</b></p> <p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem</b></p> <p><b>1.1. Badania laboratoryjne</b></p> <p>1) histologiczne potwierdzenie w oparciu o ocenę materiału pobranego za pomocą biopsji wycinkowej ogniska pierwotnego lub przerzutowo zmienionych węzłów chłonnych;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPART, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczajowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy;</p> <p>4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym);</p> <p>5) inne w razie wskazań klinicznych.</p> <p><b>1.2. Inne badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem</b></p>

<p>3) wykluczenie stosowania uprzedniego leczenia przyczynowego z wyłączeniem chirurgicznej biopsji wycinkowej;</p> <p>4) potwierdzenie możliwości obiektywnej oceny zaawansowania miejscowego i regionalnego na podstawie badania przedmiotowego (w tym – fiberoskopia) oraz badania komputerowej tomografii (TK) lub magnetycznego rezonansu (MR) z wykluczeniem nacieku chrząstki tarczowatej lub kości żuchwy lub skóry;</p> <p>5) wykluczenie obecności przerzutów odległych przynajmniej na podstawie rentgenografii klatki piersiowej w dwóch projekcjach i ultrasonografii jamy brzusznej;</p> <p>6) potwierdzenie obecności medycznych przeciwwskazań do jednoczesnej chemioterapii z udziałem cisplatyny, w tym:</p> <p>a) zaburzenia czynności nerek – (jeden z wymienionych stanów- przewlekła choroba nerek w wywiadzie, stwierdzenie wartości klirensu kreatyniny poniżej 50ml/min. bez związku z przejściowym odwodnieniem lub potwierdzenie w przynajmniej dwóch badaniach podwyższonej wartości stężenia kreatyniny i/lub mocznika bez związku z przejściowym odwodnieniem),</p> <p>b) choroby narządu słuchu (w tym niedosłuch potwierdzony badaniem laryngologicznym lub - w przypadku wątpliwości- badaniem audiometrycznym),</p> <p>c) polineuropatia potwierdzona badaniem neurologicznym;</p> <p>7) potwierdzenie sprawności w stopniu 0 lub 1 według klasyfikacji WHO;</p> <p>8) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>9) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych:</p>	<p>rozpoczęciem napromieniania (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut).</p> <p>1.4. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m<sup>2</sup> – podania w 1 dniu radioterapii na 1-3 godziny przed frakcją napromieniania i następnie w analogiczny sposób w rytmie co tydzień do zakończenia radioterapii (czas trwania kolejnych wlewów – 60 min.). Alternatywnie dopuszcza się podawanie cetuksymabu dożylnie w dawce 500 mg/m<sup>2</sup>, co 2 tygodnie</p> <p>1.5. Łącznie, poza dawką indukcyjną poprzedzającą napromienianie, chorzy otrzymują 6 (radioterapia przyspieszona) lub 7 (radioterapia frakcjonowana konwencjonalnie) podań cetuksymabu.</p> <p>1.6. W trakcie kolejnych wlewów konieczne jest ściśle monitorowanie stanu chorego w trakcie oraz przez godzinę po zakończeniu podawania leku.</p> <p><b>2. Planowanie i realizacja radioterapii</b></p> <p>2.1. Napromienianie prowadzone jest przy użyciu wysoenergetycznych fotonów X indukowanych w przyspieszaczach liniowym.</p> <p>2.2. Radioterapia powinna być zaplanowana w oparciu o trójwymiarową rekonstrukcję badań obrazowych, zgodnie z wytycznymi ICRU odnośnie określania objętości napromienianej (gross tumor volume – GTV, clinical target volume – CTV, planned target volume – PTV).</p> <p>2.3. Konieczne jest stosowanie standardowej radioterapii 3D konformalnej lub napromieniania z modulowaną intensywnością wiązki (IMRT).</p>	<p>1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi;</p> <p>2) badanie laryngologiczne z fiberoskopią górnych dróg oddechowych krtaniowej części gardła;</p> <p>3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach;</p> <p>4) ultrasonografia jamy brzusznej;</p> <p>5) badanie elektrokardiograficzne (EKG);</p> <p>6) pomiar ciśnienia tętniczego;</p> <p>7) inne w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p><b>1.3. Uwagi</b></p> <p>TK lub MR w ramach diagnostyki jest badaniem wykonywanym niezależnie od obrazowania w trakcie planowania napromieniania.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>Badania należy wykonać przed podaniem pierwszej dawki cetuksymabu przed pierwszym napromienianiem oraz:</p> <p><b>2.1. Badania laboratoryjne</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem, co tydzień w trakcie radioterapii;</p> <p>2) stężenie mocznika, kreatyniny, transaminaz (ASPART, ALAT), bilirubiny, dehydrogenazy mleczanowej (LDH), elektrolitów, wapnia i magnezu w surowicy, co 3 tygodnie;</p> <p>3) inne w razie wskazań klinicznych.</p> <p><b>2.2. Inne badania</b></p> <p>1) ocena odczynów popromiennych co tydzień od 2 tygodnia radioterapii;</p>
---	--	---

<p>a) po lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym niezależnie od kategorii uzyskanej odpowiedzi oraz,</p> <p>b) po leczeniu o założeniu radykalnym, którym nie uzyskano całkowitej remisji choroby;</p> <p>10) potwierdzenie zachowanej wydolności narządowej określonej na podstawie wyników badań laboratoryjnych:</p> <p>a) czynności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie bilirubiny całkowitej <math>\leq</math> 1,5-krotnej wartości górnej granicy normy;</li> <li>– aktywność transaminaz alaninowej i asparaginowej w surowicy <math>\leq</math> 5-krotnej wartości górnej granicy normy;</li> </ul> <p>b) morfologii krwi z rozmazem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie hemoglobiny <math>\geq</math> 10,0g/dl;</li> <li>– poziom leukocytów <math>&gt;</math> 3 000/mm<sup>3</sup>;</li> <li>– poziom neutrofilii <math>&gt;</math> 1 500/mm<sup>3</sup>;</li> <li>– poziom płytek krwi <math>&gt;</math> 100 000/mm<sup>3</sup>.</li> </ul> <p>11) wykluczenie niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.</p> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Całkowity czas trwania leczenia w ramach programu oznacza okres między podaniem pierwszej – wyprzedzającej napromienianie – dawki cetuksymabu i dniem zakończenia radioterapii. Leczenie może być przerwane w momencie podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.</p> <p><b>1.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p>	<p>2.4. Frakcjonowanie dawki radioterapii zależne jest od preferencji ośrodka w następujących wariantach:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– frakcjonowania konwencjonalnego (Df = 2 Gy; 5 razy w tygodniu; TD = 70 Gy);</li> <li>– frakcjonowania przyspieszonego (metody SIB IMRT, CAIR, concomitant boost, 6 kolejnych dni leczenia tygodniowo);</li> <li>– hiperfrakcjonowania (DF = 1,1 – 1,2 Gy 2 razy dziennie).</li> </ul> <p>2.5. Kontrola jakości napromieniania powinna odbywać się w oparciu o rekomendację ESTRO i zasady obowiązujące w ośrodku prowadzącym leczenie.</p> <p><b>B. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)</b></p> <p><b>1. Cetuksymab</b></p> <p>1.1. Przed pierwszym i kolejnymi zastosowaniami cetuksymabu konieczna jest premedykacja z udziałem leku przeciwhistaminowego i kortykosteroidu;</p> <p>1.2. Początkowa dawka cetuksymabu wynosi 400 mg/m<sup>2</sup> podawana dożylnie (czas trwania pierwszego wlewu – 120 minut);</p> <p>1.3. Kolejne dawki wynoszą 250 mg/m<sup>2</sup> podawane co 7 dni (czas trwania kolejnego wlewu – 60 minut).</p>	<p>2) badanie skóry pod kątem oceny nasilenia wysypki trądzikopodobnej.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <p>Kliniczna ocena regresji raka płaskonabłonkowego co tydzień w trakcie leczenia, bezpośrednio po jego zakończeniu, a następnie systematycznie w trakcie wizyt kontrolnych.</p> <p><b>3.1. Badania laboratoryjne</b></p> <p>1) w razie wskazań klinicznych.</p> <p><b>3.2. Inne badania</b></p> <p>1) badanie przedmiotowe (laryngologiczne);</p> <p>2) TK lub MR twarzoczaszki i szyi 3-4 miesiące po zakończeniu napromieniania, następnie co 6 miesięcy przez 3 lata;</p> <p>3) rentgenografia klatki piersiowej w dwóch projekcjach 1 raz w roku;</p> <p>4) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.</p> <p><b>3.3. Uwagi</b></p> <p>Wizyty kontrolne: 1 miesiąc po zakończeniu leczenia, następnie co 2 miesiące w pierwszym roku po leczeniu, co 3 miesiące w drugim i trzecim roku po leczeniu, potem co 6 miesięcy.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</p>
--	--	--

<p>1) wystąpienie nasilonej reakcji infuzyjnej po podaniu cetuksymabu;</p> <p>2) wystąpienie wysypki trądzikopodobnej o przynajmniej 3 stopniu nasilenia po raz czwarty z kolei lub brak zmniejszenia się nasilenia wysypki do 2 stopnia w okresie przerwy w podawaniu leku;</p> <p>3) definitywne przerwanie napromieniania z jakichkolwiek przyczyn;</p> <p>4) wystąpienie nasilonych odczynów popromiennych lub powikłań ogólnoustrojowych skutkujące dłuższą niż 2 tygodnie przerwą w napromienieniu.</p> <p><b>B. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)</b></p> <p><b>1. Leczenie płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi przy wykorzystaniu substancji czynnej cetuksymab</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) potwierdzenie histologicznego rozpoznania płaskonabłonkowego raka narządów głowy i szyi (lokalizacja – jama ustna i ustna część gardła) w stopniu różnicowania guza G1-G2;</p> <p>2) potwierdzenie nawrotu lub przerzutów odległych na podstawie badania przedmiotowego lub badań obrazowych przy jednoczesnym braku możliwości zastosowania miejscowego leczenia ratunkowego (chirurgicznego lub napromieniania);</p>	<p>Alternatywnie dopuszcza się podawanie cetuksymabu dożylnie w dawce 500 mg/m<sup>2</sup>, co 2 tygodnie</p> <p>1.4. W trakcie wlewów konieczne jest ściśle monitorowanie stanu chorego w trakcie oraz przez godzinę po zakończeniu podawania leku.</p> <p><b>2. Leczenie podtrzymujące cetuksymabem</b></p> <p>2.1. Po zakończeniu podawania chemioterapii leczenie cetuksymabem kontynuuje się do czasu spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Chemioterapia</b></p> <p>3.1. Cisplatyna w dawce 100 mg/m<sup>2</sup> w dniu 1 kursu lub, w przypadku udokumentowanych przeciwwskazań do podania cisplatyny, karboplatyna w dawce AUC5, w skojarzeniu z 5FU w dawce 1000 mg/m<sup>2</sup> w dniach 1-4. Chemioterapia jest podawana przynajmniej jedną godzinę po zakończeniu podawania cetuksymabu. Cykle są podawane co 3 tygodnie;</p> <p>3.2. Okres zastosowania chemioterapii – do 6 cykli.</p> <p><b>4. Postępowanie w przypadku wystąpienia działań niepożądanych</b></p> <p>4.1. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych dawkowanie leków należy dostosować do wytycznych zawartych w poszczególnych Charakterystykach Produktu Leczniczego;</p>	<p>2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.</p> <p>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p> <p><b>B. Leczenie zaawansowanego raka płaskonabłonkowego narządów głowy i szyi z zastosowaniem cetuksymabu w skojarzeniu z chemioterapią opartą na pochodnych platyny (ICD-10 C00, C01, C02, C03, C04, C05, C06, C07, C08, C09, C10, C14)</b></p> <p><b>1. Badania laboratoryjne przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem</b></p> <p>1) histologiczne potwierdzenie raka płaskonabłonkowego zgodnie z kryteriami włączenia;</p> <p>2) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>3) stężenie we krwi: kreatyniny, transaminaz (ASPART, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia, magnezu;</p> <p>4) próba ciążowa (u kobiet w okresie prokreacyjnym);</p> <p>5) inne w razie wskazań klinicznych.</p> <p><b>2. Inne badania przy kwalifikacji do leczenia cetuksymabem</b></p> <p>1) TK lub MR twarzoczaszki i szyi;</p> <p>2) RTG klatki piersiowej i USG jamy brzusznej (opcjonalnie TK lub MRI przy braku możliwości określenia wielkości i</p>
--	---	--

<p>3) wykluczenie uprzedniego stosowania chemioterapii opartej na pochodnych platyny lub leków anti-EGFR u chorych na zaawansowanego raka płaskonabłonkowego głowy i szyi (nie dotyczy wcześniejszego stosowania wymienionych leków w skojarzeniu z radioterapią u chorych z miejscowo zaawansowanym nowotworem);</p> <p>4) brak przeciwwskazań do chemioterapii z udziałem pochodnych platyny i 5FU;</p> <p>5) potwierdzenie sprawności wg KPS <math>\geq</math> 80 lub ECOG/WHO 0-1;</p> <p>6) obecność nowotworowych zmian możliwych do oceny według kryteriów RECIST 1.1.;</p> <p>7) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;</p> <p>8) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku innych nowotworów, w których stosowano leczenie radykalne;</p> <p>9) potwierdzenie prawidłowej czynności układu krwiotwórczego umożliwiającej leczenie zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>10) brak cech klinicznie istotnej niewydolności wątroby:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- stężenie bilirubiny całkowitej <math>\leq</math> 2-krotnej wartości górnej granicy normy; w przypadku chorych z przerzutami do wątroby – stężenie bilirubiny całkowitej <math>&lt;</math> 5 mg/dl,</li> <li>- aktywność transaminaz alaninowej i asparaginowej w surowicy <math>\leq</math> 3-krotnej wartości górnej granicy normy;</li> </ul> <p>11) brak cech klinicznie istotnej niewydolności nerek:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- klirens kreatyniny:</li> </ul>	<p>4.2. W przypadku konieczności przerwania leczenia systemowego przerwa w leczeniu nie może być dłuższa niż 2 miesiące;</p> <p>4.3. W przypadku wystąpienia udokumentowanych, istotnych i utrzymujących się objawów niepożądanych, które uniemożliwiają podawanie chemioterapii (cisplatyna/karboplatyna+5FU) możliwe jest zakończenie jej przed podaniem 6 cykli z jednoczesną kontynuacją podawania cetuksymabu.</p> <p><b>C. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)</b></p> <p><b>1. Niwolumab</b></p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>liczby zmian przerzutowych w klatce piersiowej na podstawie konwencjonalnego badania RTG);</p> <p>3) inne w zależności od wskazań klinicznych.</p> <p><b>3. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p><b>3.1. Badania laboratoryjne</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem – przed każdym cyklem chemioterapii;</li> <li>2) stężenie kreatyniny, transaminaz (ASPAT, ALAT), bilirubiny, sodu, potasu, wapnia i magnezu w surowicy – przed każdym cyklem chemioterapii;</li> <li>3) inne w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p><b>3.2. Inne badania</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena nasilenia wysypki trądzikopodobnej przed każdym podaniem cetuksymabu.</li> </ol> <p><b>4. Monitorowanie skuteczności leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badanie obrazowe KT lub MRI twarzoczaszki i szyi oraz inne w zależności od lokalizacji zmian przerzutowych – nie rzadziej niż co 3 miesiące lub w razie wskazań klinicznych;</li> <li>2) inne badania zgodnie ze wskazaniami klinicznymi.</li> </ol> <p><b>5. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</li> </ol>
--	--	--



<p>a. dla cisplatyny <math>\geq 60</math> ml/min/1,73 m<sup>2</sup>,  b. dla karboplatyny <math>\geq 40</math> ml/min/1,73 m<sup>2</sup>;</p> <p>12) wykluczenie współwystępowania niekontrolowanych zakażeń.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.</p> <p><b>1.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) istotne, utrzymujące się pogorszenie stanu sprawności ogólnej lub jakości życia chorego;</li> <li>2) wystąpienie istotnych objawów niepożądanych lub współistniejących schorzeń uniemożliwiających w opinii lekarza prowadzącego kontynuację leczenia;</li> <li>3) progresja choroby lub zgon chorego;</li> <li>4) wycofanie przez chorego zgody na leczenie w ramach programu lekowego;</li> <li>5) występowanie niekontrolowanych, oportunistycznych zakażeń.</li> </ol> <p><b>C. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)</b></p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>2) Uzupelnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.</li> <li>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol> <p><b>C. Niwolumab w leczeniu płaskonabłonkowego raka jamy ustnej, gardła lub krtani postępującego podczas lub po zakończeniu terapii opartej na pochodnych platyny (ICD-10 C01, C02, C03, C04, C05, C06, C09, C10, C12, C13, C14, C32)</b></p> <p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badanie przedmiotowe</li> <li>2) Ocena sprawności w skali ECOG</li> <li>3) Pomiar masy ciała</li> <li>4) Badania laboratoryjne <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi</li> <li>b) oznaczenie stężenia kreatyniny</li> <li>c) oznaczanie stężenia glukozy</li> <li>d) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej</li> <li>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej</li> <li>f) oznaczenie poziomu sodu, wapnia, potasu</li> <li>g) oznaczenie poziomu TSH</li> </ol> </li> </ol>
--	--	---

<p>Leczenie niwolumabem dorosłych pacjentów z nawrotowym lub przerzutowym płaskonabłonkowym rakiem jamy ustnej, gardła lub krtani, który uległ progresji po lub w trakcie leczenia opartego na pochodnych platyny</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji spełnione łącznie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzony płaskonabłonkowy nowotwór jamy ustnej, gardła lub krtani;</li> <li>2) udokumentowane niepowodzenie wcześniejszej chemioterapii opartej na pochodnych platyny (w tym stosowaną w skojarzeniu z lekami anty-EGFR);</li> <li>3) udokumentowany nawrót (miejscowy lub węzłowy) lub uogólnienie (przerzuty) stwierdzony w trakcie lub w ciągu 6 miesięcy po zakończeniu wcześniejszej chemioterapii z udziałem jednej z pochodnych platyny (w tym stosowanych w skojarzeniu z lekami anty-EGFR);</li> <li>4) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;</li> <li>5) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa.</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne a leczenie jest tolerowane przez pacjenta.</p> <p><b>3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem</b></p> <p>Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>		<p>h) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;</p> <p>5) Badanie obrazowe umożliwiające rozpoznanie nawrotu lub przerzutów PRGiSz: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badanie podmiotowe i przedmiotowe</li> <li>2) Morfologia krwi</li> <li>3) Parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, glukozy, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH.</li> </ol> <p>Badania należy wykonywać co 6 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>3. Monitorowanie skuteczności leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badanie przedmiotowe</li> <li>2) Badanie laboratoryjne</li> <li>3) Badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub inne, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta</li> </ol> <p>Badania należy wykonywać co 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</li> </ol>
---	--	---

Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.

#### **4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie**

- 1) progresja choroby oceniona na podstawie obecnie obowiązujących kryteriów klasyfikacji RECIST, która w razie potrzeby powinna być potwierdzona na podstawie kolejnej oceny badaniem obrazowym wykonanym nie wcześniej niż po upływie 4 tygodni;
- 2) nadwrażliwość na lek;
- 3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu 3 lub 4 według kryteriów CTC (ang. Common Toxicity Criteria) zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu;
- 5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.

2) Uzupelnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.

3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## LECZENIE WYSOKO ZRÓŻNICOWANEGO NOWOTWORU NEUROENDOKRYNNEGO TRZUSTKI (ICD-10 C25.4)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki ewerolimusem</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne rozpoznanie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki (stopień G1 lub G2 według klasyfikacji WHO z 2010 roku);</li> <li>2) nowotwór w stadium miejscowo zaawansowanym lub uogólnionym (IIIB i IV);</li> <li>3) zaawansowanie uniemożliwiające radykalne leczenie metodami chirurgicznymi;</li> <li>4) udokumentowana progresja choroby w ciągu 12 miesięcy do włączenia do programu;</li> <li>5) odpowiednia czynność szpiku kostnego i parametrów krzepnięcia krwi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) liczba płytek krwi większa lub równa <math>10^5/\text{mm}^3</math>,</li> <li>b) bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa <math>1500/\text{mm}^3</math>,</li> <li>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10 g/dl,</li> <li>d) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) czasu protrombinowego w granicach 0,85-1,15;</li> </ol> </li> <li>6) odpowiednia czynność nerek i wątroby (stosowanie ewerolimusu nie jest zalecane u chorych z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby – C według czynnościowej</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie ewerolimusu</b></p> <p>Zalecana dawka ewerolimusu wynosi 10 mg raz na dobę. Leczenie należy kontynuować do momentu, gdy obserwuje się korzyści kliniczne lub do wystąpienia objawów znacznej toksyczności. W przypadku pominięcia dawki nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze.</p> <p><b>1.1. Dostosowanie dawkowania ze względu na działania niepożądane</b></p> <p>W przypadku wystąpienia poważnych lub niemożliwych do zaakceptowania działań niepożądanych może zajść konieczność zmiany dawkowania. Możliwe jest zmniejszenie dawki lub zaprzestanie podawania (np. przez tydzień) ewerolimusu, a następnie rozpoczęcie podawania od dawki 5 mg. Jeżeli konieczne jest zmniejszenie dawki, wówczas sugerowana dawka wynosi 5 mg na dobę.</p> <p><b>1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności wątroby:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) łagodne zaburzenia czynności wątroby (A wg skali Child-Pugh) – zalecana dawka to 7,5 mg na dobę;</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki ewerolimusem</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie histopatologiczne oraz ocena stopnia złośliwości;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>6) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>7) oznaczenie stężenia glukozy;</li> <li>8) oznaczenie stężenia cholesterolu;</li> <li>9) oznaczenie stężenia trójglicerydów;</li> <li>10) RTG klatki piersiowej, RTG/KT klatki piersiowej lub KT/USG jamy brzusznej w zależności od umiejscowienia przerzutów oraz możliwości przeprowadzenia oceny wymiarów leczonych zmian w celu określenia odpowiedzi;</li> <li>11) test ciąży u kobiet w wieku rozrodczym.</li> </ol> <p><b>1.2. Monitorowanie leczenia ewerolimusem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania wykonywane co miesiąc: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>b) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,</li> <li>c) oznaczenie aktywności aminotransferazy</li> </ol> </li> </ol>

<p>skali Child-Pugh);</p> <p>7) stała i na właściwym poziomie kontrola glukozy, cholesterolu oraz trójglicerydów;</p> <p>8) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) lub WHO;</p> <p>9) możliwość określenia wymiarów zmian chorobowych według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1. (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);</p> <p>10) wiek powyżej 18 roku życia.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie ewerolimusem należy kontynuować do wystąpienia progresji choroby lub działań niepożądanych, które w ocenie lekarza lub chorego uniemożliwiają dalsze stosowanie leku.</p> <p><b>1.3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nisko zróżnicowany nowotwór neuroendokrynnny trzustki;</li> <li>2) embolizacja tętnicy wątrobowej w ciągu 6 miesięcy do włączenia do programu;</li> <li>3) krioablacja bądź ablacja falami o częstotliwości radiowej przerzutów w wątrobie w ciągu 2 miesięcy do włączenia do programu;</li> <li>4) ciężkie lub niekontrolowane (w ocenie lekarza prowadzącego) choroby towarzyszące (w tym – poważne zakażenia, niewydolność wątroby w stopniu C według skali Child-Pugh, niekontrolowana hiperglikemia, hipercholesterolemia i hipertrójglicydemia, nasilona niewydolność nerek);</li> <li>5) wcześniejsze leczenie inhibitorem mTOR.</li> </ol> <p><b>2. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) umiarkowane zaburzenia czynności wątroby (B wg skali Child-Pugh) – zalecana dawka to 5 mg na dobę;</li> <li>3) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (C wg skali Child-Pugh) stanowią przeciwwskazanie do stosowania ewerolimusu.</li> </ol> <p>Jeśli w trakcie leczenia stan wątroby pacjenta (wg skali Child-Pugh) ulegnie zmianie, dawkowanie należy dostosować. Leczenie powinno być kontynuowane do stwierdzenia progresji choroby lub nieakceptowanych toksyczności.</p> <p><b>2. Dawkowanie sunitynibu</b></p> <p>Zalecana dawka sunitynibu wynosi 37,5 mg raz na dobę, przyjmowana doustnie w sposób ciągły.</p> <p>Możliwe jest stopniowe dokonywanie zmian dawkowania za każdym razem o 12,5 mg, zależnie od indywidualnie ocenianego bezpieczeństwa i tolerancji.</p>	<p>asparaginianowej,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>d) oznaczenie stężenia bilirubiny,</li> <li>e) oznaczenie stężenia kreatyniny,</li> <li>f) oznaczenie stężenia glukozy,</li> <li>g) oznaczenie stężenia cholesterolu,</li> <li>h) oznaczenie stężenia trójglicerydów;</li> </ol> <p>2) badania wykonywane co 3 kursy leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wybór metody obrazowania w zależności od wykorzystanej przy kwalifikacji do programu.</li> </ol> <p><b>2. Leczenie wysoko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego trzustki sunitynibem</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) patomorfologiczne rozpoznanie nieoperacyjnego, wysoko zróżnicowanego (stopień G1 lub G2) nowotworu neuroendokrynnego trzustki (według klasyfikacji WHO z 2010 r.);</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>4) oznaczenie stężenia mocznika;</li> <li>5) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>9) oznaczenie aktywności hormonu tyreotropowego (TSH);</li> <li>10) inne badania laboratoryjne w razie wskazań klinicznych;</li> <li>11) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>12) badanie KT klatki piersiowej i jamy brzusznej;</li> <li>13) badanie elektrokardiograficzne (EKG);</li> <li>14) pomiar ciśnienia tętniczego;</li> <li>15) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.</li> </ol>
--	---	---

## neuroendokrynnego trzustki sunitynibem

### 2.1. Kryteria kwalifikacji

- 1) wiek powyżej 18 lat;
- 2) potwierdzone patomorfologicznie rozpoznanie nieoperacyjnego, wysoko zróżnicowanego (stopień G1 lub G2) nowotworu neuroendokrynnego trzustki (według klasyfikacji WHO z 2010 roku) w stadium miejscowo zaawansowanym lub z przerzutami;
- 3) udokumentowana progresja choroby w czasie 12 miesięcy przed włączeniem do programu, określona według kryteriów RECIST (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);
- 4) możliwość obiektywnej oceny wielkości zmian w badaniach obrazowych metodą KT lub MR z zastrzeżeniem konieczności potwierdzenia zmian w układzie kostnym przy użyciu konwencjonalnej rentgenografii (RTG) lub MR;
- 5) sprawność w stopniach 0 lub 1 według skali ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group);
- 6) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;
- 7) prawidłowa czynność narządów określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:
  - a) wyniki badań czynności wątroby:
    - stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),
    - aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy,
  - b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy,
  - c) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:

Wstępne badania obrazowe muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

### 2.2. Monitorowanie leczenia sunitynibem

- 1) badania wykonywane co 6 tygodni:
  - a) morfologia krwi z rozmazem,
  - b) oznaczenie stężenia hemoglobiny,
  - c) oznaczenie stężenia kreatyniny,
  - d) oznaczenie stężenia bilirubiny,
  - e) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,
  - f) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,
  - g) oznaczenie aktywności fosfatazy alkalicznej,
  - h) EKG;
- 2) badania wykonywane nie rzadziej niż co 12 tygodni:
  - a) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru,
  - b) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywane badanie KT,
  - c) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Ww. badania obrazowe wykonuje się również w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby.

Wykonane badania obrazowe muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzana zgodnie z kryteriami RECIST lub CHOI.

**Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 3. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.**

- liczba płytek krwi większa lub równa  $10^5/\text{mm}^3$ ,
  - bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych większa lub równa  $1500/\text{mm}^3$ ,
  - stężenie hemoglobiny większe lub równe 9,0 g/dl;
- 8) czynność tarczycy prawidłowa lub wyrównana farmakologicznie;
- 9) nieobecność niekontrolowanych chorób układu sercowo-naczyniowego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

## 2.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

## 2.3. Kryteria wyłączenia pacjenta z programu

- 1) udokumentowana progresja choroby w trakcie stosowania leku;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na sunitynib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) nawracająca lub nieakceptowana toksyczność powyżej 3 stopnia według skali WHO;
- 4) utrzymujący się stan sprawności 70 lub niższy według skali Karnofsky'ego;
- 5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, ostrych incydentów niewydolności wieńcowej, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu serca wymagających leczenia;
- 6) istotne pogorszenie jakości życia w trakcie stosowania leku.

## 3. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej

## 3. Monitorowanie programu

- 1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze raka neuroendokrynnego trzustki (SMPT-Rak neuroendokrynną trzustki), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia.
- 3) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 3. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

<ol style="list-style-type: none"><li>1) Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej.</li><li>2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.</li><li>3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.</li><li>4) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.</li></ol>		
---	--	--



**LECZENIE CHORYCH NA OPORNEGO LUB NAWROTOWEGO SZPICZAKA PLAZMOCYTOWEGO (ICD10 C90.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<b>Lenalidomid (schemat Rd)</b>		
<p><b>1. Leczenie lenalidomidem chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytoowym w wieku 18 lat i powyżej, u których spełniony jest co najmniej jeden z warunków:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stosowano co najmniej dwa poprzedzające protokoły leczenia;</li> <li>2) stosowano uprzednio co najmniej jeden protokół leczenia i wystąpiła po nim polineuropatia obwodowa co najmniej 2 stopnia, jeśli ten protokół obejmował talidomid lub co najmniej 3 stopnia, jeśli ten protokół obejmował bortezomib;</li> <li>3) u chorego nie jest planowane przeszczepienie komórek macierzystych szpiku i w pierwszej linii leczenia stosowano bortezomib.</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie lenalidomidu i deksametazonu</b></p> <p>Lenalidomid w postaci kapsułek twardych a 5, 10, 15 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z deksametazonem</p> <p><b>Lenalidomid:</b> Zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p><b>Deksametazon:</b> Zalecana dawka: 40 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-4, 9-12 i 17-20 każdego 28-dniowego cyklu przez pierwsze 4 cykle leczenia, a następnie 40 mg raz na dobę w dniach 1-4 co 28 dni.</p> <p>Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta oraz nasilenie choroby.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) stężenie wapnia w surowicy;</li> <li>3) AspAT, AlAT;</li> <li>4) stężenie bilirubiny;</li> <li>5) stężenie kreatyniny;</li> <li>6) klirens kreatyniny;</li> <li>7) stężenie białka M;</li> <li>8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza)</li> </ol> <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Przed każdym cyklem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym</li> </ol>

<p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie lenalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 1.4. niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki do 15, 10 lub 5 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p><b>1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) bezwzględna liczba neutrofilii <math>&lt;1,0 \times 10^9/l</math> lub liczba płytek krwi <math>&lt;75 \times 10^9/l</math> lub <math>&lt;30 \times 10^9/l</math>, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne;</li> <li>2) ciąża;</li> <li>3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);</li> <li>4) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą.</li> </ol> <p><b>1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;</li> <li>2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia.</li> </ol>	<p><b>UWAGA:</b></p> <p>Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zająć w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego</li> </ol> <p><b>Ocena skuteczności:</b></p> <p>Po 6. cyklu leczenia należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) stężenie wapnia w surowicy;</li> <li>4) AspAT, AIAT;</li> <li>5) stężenie bilirubiny;</li> <li>6) stężenie kreatyniny;</li> <li>7) klirens kreatyniny;</li> <li>8) stężenie białka M;</li> <li>9) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza).</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>
--	---	---

**Pomalidomid (schemat Pd)**

<p><b>1. Leczenie pomalidomidem chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia pomalidomidem</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytoowym w wieku 18 lat i powyżej, u których stosowano uprzednio co najmniej dwa schematy leczenia, obejmujące zarówno lenalidomid i bortezomib, i u których w trakcie ostatniego leczenia nastąpiła progresja choroby.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, mogą być włączeni pacjenci leczeni pomalidomidem w ramach innego sposobu finansowania do czasu objęcia refundacją leku w programie lekowym, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1.1. oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów niepozwalających na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo, określonych w pkt 1.3.</p> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie.</b></p> <p>Leczenie pomalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem p. 1.4 . niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki do 3, 2 lub 1 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p><b>1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) bezwzględna liczba neutrofilii <math>&lt;1 \times 10^9/l</math> i/lub liczba płytek krwi <math>&lt;50 \times 10^9/l</math>;</li> <li>2) ciąża;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie pomalidomidu i deksametazonu</b></p> <p>Pomalidomid w postaci kapsulek twardych a 1, 2, 3 lub 4 mg, jest stosowany w skojarzeniu z deksametazonem.</p> <p><b>Pomalidomid:</b> Zalecana dawka początkowa: 4 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach.</p> <p><b>Deksametazon:</b> Zalecana dawka: 40 mg (20 mg u chorych <math>&gt;75</math> lat) doustnie raz na dobę w dniach 1, 8, 15 i 22 każdego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p><b>UWAGA:</b></p> <p>Dawkowanie pomalidomidu i deksametazonu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków i/lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Liczba dni podawania pomalidomidu w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka leku w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 84 mg.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) stężenie wapnia w surowicy;</li> <li>3) AspAT, AIAT;</li> <li>4) stężenie bilirubiny;</li> <li>5) stężenie kreatyniny;</li> <li>6) klirens kreatyniny;</li> <li>7) stężenie białka M;</li> <li>8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza)</li> </ol> <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zająć w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>Przed każdym cyklem leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym</li> <li>2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zająć w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego</li> </ol> <p><b>Ocena skuteczności:</b></p> <p>Po 6. cyklu leczenia należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) stężenie wapnia w surowicy;</li> <li>4) AspAT, AIAT;</li> </ol>
--	--	---

<p>3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);</p> <p>4) nadwrażliwość na pomalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą.</p> <p><b>1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie</b></p> <p>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;</p> <p>2) brak co najmniej częściowej odpowiedzi po 6 cyklach leczenia.</p>		<p>5) stężenie bilirubiny;</p> <p>6) stężenie kreatyniny;</p> <p>7) klirens kreatyniny;</p> <p>8) stężenie białka M;</p> <p>9) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
<p><b>Daratumumab (schemat DVd)</b></p>		
<p><b>1. Daratumumab w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem w leczeniu chorych na szpiczaka plazmocytoowego</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie daratumumabu w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem</b></p> <p><b>Daratumumab</b> w dawce 16 mg/kg masy ciała jest podawany we wlewie dożylnym raz w tygodniu w tygodniach 1-9, co trzy tygodnie w tygodniach 10-24 oraz co 4 tygodnie od 25 tygodnia leczenia do</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) stężenie wapnia w surowicy;</p> <p>3) AspAT, AlAT;</p> <p>4) stężenie bilirubiny;</p>

<p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia daratumumabem</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są dorośli (<math>\geq 18</math> lat) chorzy na nawrotowego i/lub opornego szpiczaka plazmocytoowego, którzy spełniają jedno z poniższych kryteriów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pacjenci u których zastosowano jedną linię leczenia, obejmującą bortezomib oraz przeszczepienie komórek macierzystych szpiku i celowe jest ponowne leczenie bortezomibem zgodnie z zaleceniami klinicznymi pod warunkiem niewystępowania polineuropatii obwodowej lub bólu neuropatycznego <math>\geq 2</math> stopnia;</li> <li>2) Pacjenci u których zastosowano 2 lub 3 poprzedzające linie leczenia, obejmujące bortezomib i lenalidomid.</li> </ol> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie daratumumabem w skojarzeniu z bortezomibem i deksametazonem kontynuuje się do progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności zgodnie z zaleceniami Charakterystyk Produktów Lecznich.</p> <p><b>1.3. Kryteria wykluczające udział w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Nadwrażliwość na daratumumab lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>2) Oporność na leczenie bortezomibem lub przeciwwskazania do jego stosowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Lecznich.</li> </ol> <p><b>1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Progresja choroby w trakcie stosowania leczenia (po co najmniej 2 cyklach leczenia);</li> <li>2) Brak co najmniej częściowej remisji po 6 cyklach leczenia;</li> </ol>	<p>progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności.</p> <p>Długość cyklu od 1 do 24 tyg. leczenia wynosi 3 tygodnie, a od 25 tyg. leczenia wynosi 4 tygodnie.</p> <p>Zmiana dawkowania oraz szybkości infuzji daratumumabu powinny być prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Lecznich. Przed i po zakończeniu infuzji należy podać leki zmniejszające ryzyko wystąpienia reakcji okołoinfuzyjnych zgodnie z Charakterystyką Produktu Lecznich.</p> <p><b>Bortezomib</b> jest podawany we wstrzyknięciu podskórnym lub infuzji dożylniej w dawce 1,3 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała dwa razy w tygodniu przez dwa tygodnie (dni 1., 4., 8. i 11.) w powtarzalnych cyklach terapii trwających 21 dni (3-tygodnie) przez 8 cykli.</p> <p><b>Deksametazon</b> jest podawany doustnie w dawce 20 mg w dniach 1., 2., 4., 5., 8., 9., 11. i 12. każdego z 8 cykli bortezomibu (80 mg/tydzień przez dwa z trzech tygodni cyklu bortezomibu) lub w zmniejszonej dawce 20 mg/tydzień u pacjentów w wieku &gt; 75 lat, BMI &lt; 18,5; ze źle kontrolowaną cukrzycą lub wcześniejszą nietolerancją terapii steroidami.</p> <p>Przed rozpoczęciem terapii skojarzonej daratumumabem z bortezomibem i deksametazonem zaleca się profilaktykę</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>5) stężenie kreatyniny;</li> <li>6) klirens kreatyniny;</li> <li>7) stężenie białka M;</li> <li>8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza)</li> <li>9) pośredni test antyglobulinowy (test pośredni Coombs'a).</li> </ol> <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>Przed każdym cyklem leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym</li> <li>2) badania biochemiczne: AST, ALT, bilirubina całkowita, wapń, kreatynina i klirens kreatyniny.</li> </ol> <p><b>Ocena skuteczności:</b></p> <p>Oznaczenie stężenia białka M w surowicy lub moczu nie rzadziej niż co 2 cykle leczenia, a po 6 cyklu leczenia wykonanie badań pozwalających na ocenę skuteczności prowadzonego leczenia zgodnie z aktualnymi, ujednoczonymi kryteriami przyjętymi przez International Myeloma Working Group (IMWG).</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ,</li> </ol>
---	---	--

<p>3) Powikłania okołoinfuzyjne uniemożliwiające kontynuację leczenia daratumumabem zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>4) Ciąża.</p>	<p>przeciwwirusową, zapobiegającą reaktywacji wirusa półpaśca.</p>	<p>z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
<p><b>Karfilzomib (schemat Kd)</b></p>		
<p><b>1. Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytozy z wykorzystaniem skojarzonego leczenia karfilzomibem i deksametazonem</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia karfilzomibem</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem mnogim w wieku 18 lat i powyżej, u których spełnione są następujące warunki:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Stosowano 1, ale nie więcej niż 3 wcześniejsze protokoły (linie) leczenia (terapia indukująca, po której nastąpi przeszczep komórek macierzystych i terapia konsolidacyjna/podtrzymująca są traktowane jako jedna linia leczenia);</li> <li>2) LVEF <math>\geq</math> 40%;</li> <li>3) Stan sprawności ECOG 0 - 2.</li> </ol> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie karfilzomibem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem p. 1.4 poniżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki.</p>	<p><b>1. Dawkowanie karfilzomibu w skojarzeniu z deksametazonem:</b></p> <p><b>Karfilzomib</b> jest podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 30 minut raz w tygodniu przez okres trzech tygodni (dzień 1., 8. i 15.), po czym następuje 13-dniowy okres bez leczenia (od 16. do 28. dnia). Każdy okres trwający 28 dni jest uważany za jeden cykl leczenia. Karfilzomib jest podawany w dawce początkowej wynoszącej 20 mg/m<sup>2</sup> pc. w 1. dniu cyklu 1., a następnie jeżeli leczenie jest dobrze tolerowane należy zwiększyć dawkę do 70 mg/m<sup>2</sup> pc. w 8. i 15. dniu cyklu 1. W 2. cyklu i kolejnych cyklach lek podawany jest w dawce 70 mg/m<sup>2</sup> w dniach 1., 8. i 15. (tj. 3 podania na cykl).</p> <p><b>Deksametazon</b> jest podawany doustnie lub dożylnie w dawce wynoszącej 40 mg w dniach 1., 8. i 15. wszystkich cykli oraz w dniu 22 cykli 1–9.</p> <p>Deksametazon należy podać w czasie od 30 minut do 4 godzin przed podaniem karfilzomibu.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) stężenie wapnia w surowicy;</li> <li>3) AspAT, AlAT;</li> <li>4) stężenie bilirubiny;</li> <li>5) stężenie kreatyniny;</li> <li>6) klirens kreatyniny;</li> <li>7) stężenie białka M;</li> <li>8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza)</li> <li>9) stężenie potasu w surowicy krwi, EKG i ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca.</li> </ol> <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zająć w ciążę należy wykonać test ciążyowy o czułości min. 25mIU/ml.</p>

<p><b>1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ciąża i okres karmienia piersią;</li> <li>2) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);</li> <li>3) nadwrażliwość na karfilzomib lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>4) niewydolność serca stopnia III i IV wg klasyfikacji NYHA;</li> <li>5) zawał mięśnia sercowego przeżyty w ciągu ostatnich 4 miesięcy;</li> <li>6) niekontrolowana choroba niedokrwienna serca lub niekontrolowane farmakologicznie nieprawidłowe zmiany przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym;</li> <li>7) bezwzględna liczba neutrofilii <math>&lt;1,0 \times 10^9/l</math> lub liczba płytek krwi <math>&lt;50 \times 10^9/l</math> lub <math>&lt;30 \times 10^9/l</math>, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne.</li> </ol> <p><b>1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;</li> <li>2) brak remisji częściowej po 4 cyklach leczenia.</li> </ol>	<p><b>UWAGA:</b></p> <p>Dawkowanie karfilzomibu może być przerywane lub zmniejszane w przypadku wystąpienia toksyczności związanej z leczeniem.</p> <p>Dawkowanie deksametazonu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków i/lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>Przed każdym cyklem leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym</li> <li>2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego</li> <li>3) raz w miesiącu należy kontrolować stężenie potasu w surowicy krwi oraz EKG.</li> </ol> <p><b>Ocena skuteczności:</b></p> <p>Po 4. cyklu leczenia należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie wapnia w surowicy;</li> <li>2) AspAT, AIAT;</li> <li>3) stężenie bilirubiny;</li> <li>4) stężenie kreatyniny;</li> <li>5) klirens kreatyniny;</li> <li>6) stężenie białka M;</li> <li>7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza)</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> </ol>
---	--	---

		3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia
<b>Karfilzomib (schemat KRd)</b>		
<p><b>1. Leczenie chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego z wykorzystaniem skojarzonego leczenia karfilzomibem, lenalidomidem i deksametazonem.</b></p> <p><b>1.1.</b> Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytoowym w wieku 18 lat i powyżej, u których spełnione są następujące warunki:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stosowano jeden, dwa lub trzy poprzedzające protokoły leczenia;</li> <li>2) w którymkolwiek z poprzedzających protokołów leczenia zastosowano bortezomib i/lub lek immunomodulujący (talidomid lub lenalidomid lub pomalidomid);</li> <li>3) nie uzyskano remisji częściowej po 4 cyklach wg protokołu zawierającego bortezomib lub stwierdzono progresję choroby po co najmniej 3 cyklach leczenia lenalidomidem i deksametazonem, jeśli był to ostatni stosowany przez pacjenta protokół leczenia;</li> <li>4) pacjent kwalifikuje się do leczenia chemioterapią wysokodawkową i przeszczepieniem komórek krwiotwórczych</li> </ol> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie karfilzomibem kontynuuje się przez maksymalnie 8 cykli lub do wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji</p>	<p><b>1. Dawkowanie karfilzomibu w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem</b></p> <p><b>Karfilzomib:</b> Dawkę wylicza się w oparciu o początkowe pole powierzchni ciała pacjenta (pc.). Karfilzomib jest podawany dożylnie w postaci infuzji trwającej 10 minut w dwa kolejne dni tygodnia przez okres trzech tygodni (dzień 1., 2., 8., 9., 15. i 16.), po czym następuje 12-dniowy okres bez leczenia (od 17. do 28. dnia). Każdy okres trwający 28 dni jest uważany za jeden cykl leczenia. Karfilzomib jest podawany w dawce początkowej wynoszącej 20 mg/ m<sup>2</sup> pc. w 1. i 2. dniu cyklu 1. (dawka maksymalna wynosi 44 mg). Jeśli lek jest dobrze tolerowany, dawkę należy zwiększyć do 27 mg/ m<sup>2</sup> pc. w 8. dniu cyklu 1. (dawka maksymalna wynosi 60 mg).</p> <p><b>UWAGA:</b></p> <p>Pacjenci, u których pc. jest większa niż 2,2 m<sup>2</sup> powinni otrzymywać dawkę karfilzomibu obliczoną dla pc. wynoszącej 2,2 m<sup>2</sup> a zmiany masy ciała nie większe niż 20% nie wymagają modyfikacji dawki. Przed podaniem karfilzomibu w cyklu 1. konieczne jest odpowiednie</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) stężenie wapnia w surowicy;</li> <li>3) AspAT, AlAT;</li> <li>4) stężenie bilirubiny;</li> <li>5) stężenie kreatyniny;</li> <li>6) klirens kreatyniny;</li> <li>7) stężenie białka M;</li> <li>8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza)</li> <li>9) stężenie potasu w surowicy krwi, EKG i ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca</li> </ol> <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia.</p> <p>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zająć w ciążę należy wykonać test ciążyowy o czułości min. 25mIU/ml.</p>



<p>dawki leku do 20 lub 15 mg/m<sup>2</sup> pc. zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego</p> <p>Leczenie lenalidomidem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 1.4 niżej) lub wystąpienia nietolerancji leku mimo zastosowania redukcji dawki do 15, 10 lub 5 mg zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p><b>1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) bezwzględna liczba neutrofilii &lt;0,5x10<sup>9</sup>/l ; liczba płytek krwi &lt; 30x10<sup>9</sup>/l (w przypadku małopłytkowości z liczbą płytek krwi &lt;75x10<sup>9</sup>/l decyzję o leczeniu należy podjąć na podstawie stopnia nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego o Revlimid);</li> <li>2) ciąża i okres karmienia piersią;</li> <li>3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);</li> <li>4) nadwrażliwość na karfilzomib lub którąkolwiek substancję pomocniczą.</li> <li>5) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą.</li> <li>6) niewydolność serca stopnia III i IV wg klasyfikacji NYHA</li> <li>7) zawał mięśnia sercowego przeżyty w ciągu ostatnich 4 miesięcy.</li> <li>8) niekontrolowana choroba niedokrwienna serca lub niekontrolowane farmakologicznie nieprawidłowe zmiany przewodzenia impulsów w mięśniu sercowym</li> </ol>	<p>nawodnienie pacjenta, które należy kontynuować w następnych cyklach stosownie do potrzeb (zgodnie z informacją zawartą w Charakterystyce Produktu Leczniczego). Nie należy podawać karfilzomibu w bolusie ani mieszać i podawać we wlewie dożylnym z innymi produktami. Dawka 20/27 mg/ m<sup>2</sup> pc. jest podawana przez 10 minut. Dawkowanie karfilzomibu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w odpowiedniej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p><b>Lenalidomid</b> w postaci kapsułek twardych a 5, 10, 15 lub 25 mg, jest stosowany w skojarzeniu z karfilzomibem i deksametazonem.</p> <p><b>Lenalidomid:</b> Zalecana dawka początkowa: 25 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21, w powtarzanych 28-dniowych cyklach.</p> <p>U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p><b>UWAGA:</b></p> <p>Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu</p>	<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>Przed każdym cyklem leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi ze wzorem odsetkowym</li> <li>2) test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego</li> <li>3) raz w miesiącu należy kontrolować stężenie potasu w surowicy krwi oraz EKG.</li> </ol> <p><b>Ocena skuteczności:</b></p> <p>Po 4. cyklu leczenia należy wykonać:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie wapnia w surowicy;</li> <li>2) AspAT, AIAT;</li> <li>3) stężenie bilirubiny;</li> <li>4) stężenie kreatyniny;</li> <li>5) klirens kreatyniny;</li> <li>6) stężenie białka M;</li> <li>7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> </ol>
---	---	--

<p><b>1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;</li> <li>2) brak remisji częściowej po 4 cyklach leczenia.</li> </ol>	<p>Leczniczego. Liczba dni podawania leku w cyklu leczniczym wynosi 21, niezależnie od ewentualnych przerw w podawaniu leku, a maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 525 mg.</p> <p><b>Deksametazon w skojarzeniu z lenalidomidem i karfilzomibem:</b></p> <p>Zalecana dawka: 40 mg doustnie lub dożylnie raz na dobę w 1., 8., 15. i 22. dniu cyklu trwającego 28 dni.</p> <p>Lekarz powinien ocenić, jaką dawkę deksametazonu zastosować, biorąc pod uwagę stan pacjenta oraz nasilenie choroby (u chorych powyżej 75 r.ż. dawkę należy zmniejszyć do 20 mg). Deksametazon należy podać od 30 minut do 4 godzin przed podaniem karfilzomibu.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>
<p><b>Iksazomib (schemat IRd)</b></p>		
<p><b>1. Iksazomib w leczeniu chorych na opornego lub nawrotowego szpiczaka plazmocytoowego</b></p> <p><b>1.1.</b> Do programu kwalifikowani są pacjenci z opornym lub nawrotowym szpiczakiem plazmocytoowym w wieku 18 lat i powyżej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) spełniający kryteria do leczenia lenalidomidem w połączeniu z deksametazonem oraz,</li> <li>2) u których występują aberracje cytogenetyczne z grupy wysokiego ryzyka, tj.: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) delecja w chromosomie 17 - del(17p) albo</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie iksazomibu w skojarzeniu z lenalidomidem i deksametazonem</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa iksazomibu wynosi 4 mg doustnie i jest podawana raz w tygodniu w dniach 1., 8. i 15. 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Zalecana dawka początkowa lenalidomidu wynosi 25 mg raz na dobę i jest podawana w dniach od 1. do 21. 28-dniowego cyklu leczenia.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) stężenie wapnia w surowicy;</li> <li>3) AspAT, AlAT;</li> <li>4) stężenie bilirubiny;</li> <li>5) stężenie kreatyniny;</li> <li>6) klirens kreatyniny;</li> <li>7) stężenie białka M;</li> </ol>

<p>b) translokacja t(4;14) albo c) translokacja t(14;16).</p> <p>oraz</p> <p>3) u których stosowano co najmniej dwa protokoły leczenia 4) u których stwierdzono brak oporności na lenalidomid 5) którzy posiadają stan sprawności ECOG 0-2</p> <p>Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie iksazomibem w połączeniu z lenalidomidem i deksametazonem kontynuuje się do progresji choroby (z zastrzeżeniem pkt 1.4. niżej). Wystąpienie nieakceptowalnej toksyczności iksazomibu lub lenalidomidu mimo zastosowania redukcji dawki danego leku zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego wymaga jego odstawienia.</p> <p><b>1.3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo</b></p> <p>1) bezwzględna liczba neutrofilii <math>&lt;1,0 \times 10^9/l</math> lub liczba płytek krwi <math>&lt;75 \times 10^9/l</math> lub <math>&lt;30 \times 10^9/l</math>, w zależności od nacieczenia szpiku kostnego przez komórki plazmatyczne; 2) ciąża; 3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn); 4) nadwrażliwość na iksazomib lub lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą.</p>	<p>Zalecana dawka deksametazonu wynosi 40 mg i jest podawana w dniach 1., 8., 15. i 22. 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Dopuszcza się modyfikację dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>8) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza)</p> <p>9) udokumentowanie obecności aberracji cytogenetycznych z grupy wysokiego ryzyka zgodnie z kryteriami kwalifikowania chorych;</p> <p>Badania powinny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia, za wyjątkiem badań z pkt. 9, które mogą być wykonane wcześniej.</p> <p>W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Badania kontrolne, w szczególności morfologia krwi z rozmazem i test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, powinny być wykonywane przed każdym cyklem leczenia, zgodnie z zaleceniami z Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>Ponadto, po 6. cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie wapnia w surowicy;</li> <li>2) AspAT, AIAT;</li> <li>3) stężenie bilirubiny;</li> <li>4) stężenie kreatyniny;</li> <li>5) klirens kreatyniny;</li> <li>6) stężenie białka M;</li> <li>7) niskodawkowa TK układu kostnego lub badanie RTG (badanie kośćca do decyzji lekarza).</li> </ol>
--	---	---

<p><b>1.4. Kryteria zakończenia udziału w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) progresja choroby po więcej niż 2 cyklach leczenia;</li><li>2) brak remisji częściowej po 6 cyklach leczenia;</li><li>3) wystąpienie objawów nadwrażliwości na iksazomib lub którykolwiek ze składników preparatu.</li></ol>		<p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia</li></ol>
---	--	--

**LECZENIE PACJENTÓW Z WRZODZIEJĄCYM ZAPALENIEM JELITA GRUBEGO (WZJG) (ICD-10: K51)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</b></p> <p>Do leczenia infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem lub ustekinumabem mogą zostać włączeni pacjenci spełniający łącznie kryteria wskazane w punktach 1 i 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wiek od 6 roku życia w przypadku infliksymabu albo wiek od 18 roku życia w przypadku wedolizumabu lub tofacytynibu lub ustekinumabu.</li> <li>2) Pacjenci z rozpoznaną ciężką lub umiarkowaną postacią wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (ocena &gt; 6 punktów w skali Mayo u osób w wieku <math>\geq 18</math> r.ż. albo ocena <math>\geq 65</math> punktów w skali PUCAI u osób w wieku &lt; 18 r.ż.), u których leczenie cyklosporyną jest niewskazane lub przeciwwskazane: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) z niedostateczną odpowiedzią na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA) lub</li> <li>b) nietolerujący leczenia kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA), lub</li> <li>c) mający przeciwwskazania do leczenia kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA), lub</li> <li>d) z utratą odpowiedzi na standardowe leczenie, w tym na leczenie kortykosteroidami i 6- merkaptopuryną (6- MP) lub azatiopryną (AZA).</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie infliksymabu</b></p> <p>Dawkowanie infliksymabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p><b>2. Dawkowanie wedolizumabu</b></p> <p>Dawkowanie wedolizumabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p><b>3. Dawkowanie tofacytynibu</b></p> <p>Dawkowanie tofacytynibu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p> <p><b>4. Dawkowanie ustekinumabu</b></p> <p>Dawkowanie ustekinumabu prowadzone jest zgodnie z dawkowaniem określonym w</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Morfologia krwi, a w przypadku pacjentów kwalifikowanych do leczenia tofacytynibem - morfologia krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych i bezwzględnej liczby limfocytów;</li> <li>2) Aminotransferaza alaninowa;</li> <li>3) Aminotransferaza asparaginianowa;</li> <li>4) Kreatynina;</li> <li>5) Białko C- reaktywne;</li> <li>6) Badanie ogólne moczu;</li> <li>7) Test Quantiferon;</li> <li>8) Antygen HBS;</li> <li>9) Przeciwciała ANTY HCV;</li> <li>10) Badanie w kierunku wirusa HIV (HIV AG/AB COMBO);</li> <li>11) Stężenie elektrolitów w surowicy;</li> <li>12) RTG klatki piersiowej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją);</li> <li>13) EKG z opisem;</li> <li>14) Badanie endoskopowe;</li> <li>15) Posiew kału w kierunku bakterii i grzybów;</li> </ol>

<p>3) Do programu kwalifikowani są również pacjenci wymagający kontynuacji leczenia infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem lub ustekinumabem, a ich dotychczasowe leczenie infliksymabem lub wedolizumabem lub tofacytynibem lub ustekinumabem było finansowane w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) pod warunkiem, że:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia do programu,</li> <li>nie zachodzą kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie,</li> <li>nie zachodzą okoliczności, o których mowa w punkcie dotyczącym zakończenia leczenia, gdy kończy się udział pacjenta w programie.</li> </ol> <p>4) Dopuszcza się zamianę leków infliksymab albo wedolizumab albo tofacytynib albo ustekinumab w przypadku wystąpienia objawów niepożądanych lub częściowej nieskuteczności terapii definiowanej jako wystąpienie jednego z kryteriów wymienionych w punkcie 4. - nie ma konieczności powtarzania wszystkich badań kwalifikacyjnych, o zakresie tych badań decyduje sytuacja kliniczna.</p> <p>Nieskuteczność leczenia standardowego ciężkiego rzutu WZJG określa się jako niepowodzenie zastosowania 3-5 dni terapii steroidami dożylnymi.</p> <p>Steroidooporność oznacza brak poprawy klinicznej pomimo zastosowania przez 4 tygodnie steroidu w dawce dobowej do 0,75 mg/kg m.c. w przeliczeniu na prednizolon.</p> <p>Steroidozależność to brak możliwości redukcji dawki steroidów poniżej 10 mg/dobę w przeliczeniu na prednizolon w ciągu 3 miesięcy od rozpoczęcia steroidoterapii lub nawrót dolegliwości w ciągu 3 miesięcy od odstawienia steroidów.</p>	<p>Charakterystyce Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Badanie kału na toksynę Clostridioides Difficile;</li> <li>Lipidogram (całkowity cholesterol, HDL i LDL) oraz trójglicerydy przed rozpoczęciem leczenia tofacytynibem;</li> <li>Anty HBc total;</li> <li>Kalprotektyna.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Monitorowanie leczenia infliksymabem</b></p> <p>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu od podania pierwszej dawki w częściowej skali Mayo lub skali PUCAI,</li> <li>ocena stopnia aktywności choroby między 6 a 14 tygodniem od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo lub w skali PUCAI</li> <li>morfologia krwi obwodowej,</li> <li>CRP.</li> </ol> <p>W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AIAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii albo ocenę w skali PUCAI przynajmniej co 16 tygodni.</p> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia wedolizumabem</b></p> <p>W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać nie rzadziej niż w 2, 6 i 14 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 6 tygodniu w częściowej skali Mayo,</li> </ol>
---	--	--

Oporność na leczenie immunosupresyjne (brak dostatecznej odpowiedzi) oznacza brak remisji lub nawrót dolegliwości pomimo stosowania leczenia immunosupresyjnego przez co najmniej 3 miesiące w odpowiednich dawkach (azatiopryna 2-2,5 mg/kg m.c./dobę lub 6-merkaptopuryna w dawce 1-1,5 mg/kg m.c./dobę).

Leczenie cyklosporyną jest niewskazane w przypadku wystąpienia:

- a) ciężkiego rzutu WZJG w trakcie leczenia azatiopryną (AZA) lub 6-merkaptopuryną (6-MP) lub
- b) hypomagnezemii, lub
- c) potencjalnych interakcji lekowych, lub
- d) hiperkaliemii, lub
- e) hyperurikemii, lub
- f) u pacjentów w wieku powyżej 80 roku życia.

Przeciwwskazania do zastosowania terapii cyklosporyną zgodne z CHPL:

- a) zaburzenia czynności nerek,
- b) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze,
- c) trudne do opanowania zakażenia,
- d) nowotwory złośliwe.

Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia oraz:

- w okresie do 6 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki infliksymabu, lub
- w okresie przez co najmniej 18 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki wedolizumabu lub
- w okresie co najmniej 4 tygodni po podaniu ostatniej dawki tofacytynibu lub
- w okresie co najmniej 15 tygodni po zastosowaniu ostatniej dawki ustekinumabu.

- 2) ocena efektywności terapii indukcyjnej w 14 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo,
- 3) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem,
- 4) CRP.

W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AlAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 16 tygodni.

### **2.3. Monitorowanie leczenia tofacytynibem**

W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany wykonać następujące badania:

- 1) ocena stopnia aktywności choroby w 2 i 4 tygodniu w częściowej skali Mayo,
- 2) ocena skuteczności terapii indukcyjnej w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki na podstawie pełnej oceny w skali Mayo,
- 3) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych w 2 i 4 tygodniu (modyfikacja leczenia w przypadku leukopenii lub spadku stężenia hemoglobiny),
- 4) morfologię krwi z rozmazem oraz oznaczeniem bezwzględnej liczby granulocytów obojętnochłonnych, stężenie białka C-reaktywnego (CRP), AspAT, AlAT, stężenie cholesterolu całkowitego, LDL, HDL, trójglicerydów, stężenie kreatyniny w surowicy w 8 tygodniu.

Jeżeli terapia jest kontynuowana, powyższe badania laboratoryjne należy powtarzać po każdym kolejnych 12 tygodniach ( $\pm$  2 tyg.).

### **2.4. Monitorowanie leczenia ustekinumabem**

W celu monitorowania leczenia świadczeniodawca jest zobowiązany

## 2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie

- 1) Nadwrażliwość na substancję czynną lub substancje pomocnicze;
- 2) Ciężkie zakażenia wirusowe, grzybicze lub bakteryjne;
- 3) Umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego;
- 4) Niestabilna choroba wieńcowa;
- 5) Przewlekła niewydolność oddechowa;
- 6) Ciężka, przewlekła niewydolność nerek;
- 7) Ciężka, przewlekła niewydolność wątroby;
- 8) Zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół;
- 9) Choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby;
- 10) Cięża lub karmienie piersią- możliwość leczenia w przypadkach uzasadnionych aktualną wiedzą medyczną, zgodnie z rekomendacjami ECCO/PTG-e
- 11) Rozpoznanie nowotworów złośliwych, również w okresie 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu (poza rakiem in situ szyjki macicy, nieczerniakowymi nowotworami skóry);
- 12) Powikłania wymagające innego postępowania (np. leczenia operacyjnego).
- 13) Stężenie hemoglobiny poniżej 9 g/dl – dotyczy stosowania tofacytynibu.

## 3. Określenie czasu leczenia w programie

Podczas oceny skuteczności terapii indukcyjnej należy zdecydować, czy jest wskazane leczenie podtrzymujące i ewentualnie je rozpocząć.

- 1) Infliksymab
  - a) terapia indukcyjna: 6 tygodni;

wykonać w 8 tygodniu od podania pierwszej dawki leku następujące badania:

- 1) ocena efektywności terapii indukcyjnej na podstawie pełnej oceny w skali Mayo,
- 2) morfologia z krwi obwodowej z rozmazem,
- 3) CRP.

W leczeniu podtrzymującym świadczeniodawca jest zobowiązany wykonywać morfologię krwi obwodowej, CRP, AIAT i AspAT oraz ocenę Mayo bez endoskopii przynajmniej co 12 tygodni.

## 2.5. Optymalizacja leczenia

W celu optymalizacji leczenia oraz oceny ryzyka wtórnej utraty skuteczności leczenia infliksymabem, wedolizumabem, tofacytynibem lub ustekinumabem, można wykonać oznaczenie poziomu leku przed kolejną dawką oraz stężenia przeciwciał przeciwko lekowi, jednak nie częściej niż dwa razy w roku.

Ponadto można wykonać oznaczenie kalprotektyny w kale, jednak nie częściej niż cztery razy do roku w trakcie trwania leczenia.

Decyzję dotyczącą wykonania powyższych badań diagnostycznych i oznaczeń mających na celu optymalizację leczenia podejmuje świadczeniodawca.

## 3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ,



b) leczenie podtrzymujące infliksymabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo lub PUCAI.

2) Wedolizumab

a) terapia indukcyjna: 6 tygodni;

b) leczenie podtrzymujące wedolizumabem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona do 14 tygodnia od rozpoczęcia terapii, a następnie co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o skalę Mayo.

3) Tofacytynib

a) terapia indukcyjna: 8 tygodni;

b) leczenie podtrzymujące tofacytynibem może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo.

4) Ustekinumab

a) terapia indukcyjna: 8 tygodni (terapia indukcyjna w formie infuzji dożylniej);

b) leczenie podtrzymujące ustekinumabem w postaci podskórnej może trwać aż do momentu stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie. Ocena zasadności kontynuacji leczenia powinna być przeprowadzona co najmniej raz na 12 miesięcy w oparciu o kliniczną skalę Mayo.

Odpowiedź definiowana jest jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI.

z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.

3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**4. Zakończenie leczenia w programie**

Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt 1-2.

- 1) Stwierdzenia braku odpowiedzi na leczenie definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby o co najmniej 3 punkty w skali Mayo albo o co najmniej 20 punktów w skali PUCAI;
- 2) Wystąpienie poważnych działań niepożądanych leczenia;

**LECZENIE OPORNEGO NA KASTRACJĘ RAKA GRUCZOŁU KROKOWEGO (ICD-10 C61)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu przed stosowaniem chemioterapii</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia octanem abirateronu w ramach programu kwalifikują się chorzy na raka gruczołu krokowego z przerzutami spełniający poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza;</li> <li>2) zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie;</li> <li>3) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryteriów w pkt 4);</li> <li>4) progresja choroby określona na podstawie: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej (nadir), przy nominalnej wartości stężenia PSA &gt;2 ng/ml lub</li> <li>b) wystąpienia objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;</li> </ol> </li> <li>5) nieleczenie opioidami z powodu objawów raka gruczołu krokowego (dopuszczalne jest stosowanie opioidów w przeszłości);</li> <li>6) stan sprawności 0 według klasyfikacji WHO;</li> <li>7) wiek powyżej 18. roku życia.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego, leczeni octanem</p>	<p><b>1. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu przed stosowaniem chemioterapii</b></p> <p>Zalecana dawka octanu abirateronu wynosi 1000 mg i jest stosowana jednorazowo co 24 godziny. Leku nie wolno przyjmować razem z pokarmem (przyjmowanie leku z pokarmem zwiększa całkowite narażenie organizmu na abirateron).</p> <p>Octan abirateronu należy przyjmować w skojarzeniu z małą dawką prednizonu lub prednizolonu. Zalecana dawka prednizonu lub prednizolonu wynosi 10 mg na dobę.</p> <p>U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii, w trakcie leczenia abirateronem należy utrzymać supresję androgenową, z zastosowaniem agonistów LHRH.</p> <p>Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym w charakterystyce produktu leczniczego.</p> <p><b>2. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem przed stosowaniem</b></p>	<p><b>1. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu przed stosowaniem chemioterapii</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;</li> <li>2) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy oraz innych wskaźników koniecznych do określenia kat. niewydolności wątroby wg Child-Pugh przed rozpoczęciem leczenia;</li> <li>3) scyntygrafia kośćca (jeżeli nie była wykonana wcześniej);</li> <li>4) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa, lub rezonans magnetyczny) w zależności od sytuacji klinicznej;</li> <li>5) oznaczenie stężenia PSA i testosteronu.</li> </ol> <p><b>1.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Zawsze w przypadku wskazań klinicznych:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące;</li> <li>2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji;</li> <li>3) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy co dwa tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, a następnie co miesiąc;</li> </ol>

<p>abirateronu przed stosowaniem chemioterapii w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia oraz nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.</p> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.</p> <p><b>1.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>2) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby (Klasa B lub C wg Child-Pugh);</li> <li>3) aktywność aminotransferaz równa lub przekraczająca 2,5-krotną wartość górnego zakresu normy;</li> <li>4) stężenie potasu poniżej dolnej granicy normy;</li> <li>5) wcześniejsze stosowanie ketokonazolu z powodu raka gruczołu krokowego powyżej 7 dni;</li> <li>6) niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego;</li> <li>7) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze;</li> <li>8) rozpoznanie drobnokomórkowego raka stercza;</li> <li>9) wcześniejsze leczenie enzalutamidem lub octanem abirateronu.</li> </ol> <p><b>1.4. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na octan abirateronu lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>2) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wystąpienie łącznie przynajmniej 2 z 3 następujących rodzajów progresji:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• progresja kliniczna:               <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ progresja bólu związana z koniecznością zastosowania przeciwbólowego leku opioidowego przez okres dłuższy niż 2 tygodnie lub</li> <li>lub</li> </ul> </li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	<p><b>chemioterapii</b></p> <p>Zalecana dawka enzalutamidu to 160 mg (cztery kapsułki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Kapsułki należy połykać w całości popijając wodą niezależnie od posiłku.</p> <p>W przypadku pominięcia przyjęcia leku o zwykłej porze, przepisaną dawkę należy przyjąć tak szybko jak to możliwe.</p> <p>W przypadku pominięcia dawki w danym dniu, leczenie należy wznowić następnego dnia przyjmując zazwyczaj stosowaną dawkę dobową.</p> <p>Jeśli u pacjenta wystąpią objawy toksyczności stopnia <math>\geq 3</math> lub inne działania niepożądane, należy przerwać stosowanie produktu na tydzień lub do czasu zmniejszenia objawów do stopnia <math>\leq 2</math>. Maksymalna przerwa w podawaniu leku nie może być dłuższa niż 8 tygodni. Następnie należy wznowić stosowanie leku w tej samej lub, jeżeli jest to uzasadnione, zmniejszonej dawce (120 mg lub 80 mg).</p> <p>U chorych nie poddanych obustronnej orchiektomii należy kontynuować terapię farmakologiczną, której celem jest uzyskanie kastracji.</p> <p><b>3. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu</b></p> <p>Zalecana dawka octanu abirateronu wynosi 1000 mg i jest stosowana jednorazowo co 24 godziny. Leku nie wolno przyjmować razem z pokarmem (przyjmowanie leku z pokarmem zwiększa całkowite narażenie</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>4) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej;</li> <li>5) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączenia do programu lub wcześniej, w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej, na podstawie kryteriów zawartych w kryteriach progresji.</li> </ol> <p><b>2. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem przed stosowaniem chemioterapii</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;</li> <li>2) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy oraz innych wskaźników koniecznych do określenia kat. niewydolności wątroby wg Child-Pugh przed rozpoczęciem leczenia;</li> <li>3) scyntygrafia kośćca (jeżeli nie była wykonana wcześniej);</li> <li>4) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa, lub rezonans magnetyczny) w zależności od sytuacji klinicznej;</li> <li>5) oznaczenie stężenia PSA i testosteronu.</li> </ol> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Zawsze w przypadku wskazań klinicznych:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące;</li> <li>2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji;</li> <li>3) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej;</li> <li>4) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączenia do programu lub wcześniej, w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej, na podstawie</li> </ol>
---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ wystąpienie SRE (skeletal related events – zdarzeń kostnych)</li> </ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ pogorszenie sprawności pacjenta (wg Klasyfikacji WHO) do co najmniej stopnia 2, utrzymujące się min. 2 tygodnie,</li> <li>• progresja PSA określona jako trzy kolejne wzrosty PSA, oznaczone w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej, przy nominalnej wartości stężenia PSA &gt;2ng/ml,</li> <li>• progresja radiologiczna określona jako pojawienie się co najmniej dwóch nowych ognisk, potwierdzona badaniem obrazowym</li> </ul> <p>lub</p> <p>b) progresja zgodnie z kryteriami RECIST;</p> <p>3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego;</p> <p>4) rezygnacja świadczeniobiorcy.</p> <p><b>2. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem przed stosowaniem chemioterapii</b></p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia enzalutamidem w ramach programu kwalifikują się chorzy na raka gruczołu krokowego z przerzutami spełniający poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne rozpoznanie raka gruczołowego stercza;</li> <li>2) zastosowanie chemioterapii nie jest jeszcze wskazane klinicznie;</li> <li>3) stadium oporności na kastrację, określone na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj, wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej), u chorych z progresją choroby ocenioną wg kryteriów w pkt. 4);</li> <li>4) progresja choroby określona na podstawie:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej (nadir), przy nominalnej wartości stężenia PSA &gt;2 ng/ml</li> </ol> </li> </ol> <p>lub</p> <p>b) wystąpienia objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;</p>	<p>organizmu na abirateron).</p> <p>Octan abirateronu należy przyjmować w skojarzeniu z małą dawką prednizonu lub prednizolonu. Zalecana dawka prednizonu lub prednizolonu wynosi 10 mg na dobę.</p> <p>U chorych, którzy nie byli uprzednio poddani orchidektomii, w trakcie leczenia abirateronem należy utrzymać supresję androgenową, z zastosowaniem agonistów LHRH.</p> <p>Dopuszczalne są modyfikacje dawkowania w sytuacjach i w zakresie wskazanym w charakterystyce produktu leczniczego.</p> <p><b>4. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem</b></p> <p>Zalecana dawka enzalutamidu to 160 mg (cztery kapsułki po 40 mg) w jednorazowej dawce dobowej. Kapsułki należy połykać w całości popijając wodą niezależnie od posiłku.</p> <p>W przypadku pominięcia przyjęcia leku o zwykłej porze, przepisaną dawkę należy przyjąć tak szybko jak to możliwe.</p> <p>W przypadku pominięcia dawki w danym dniu, leczenie należy wznowić następnego dnia przyjmując zazwyczaj stosowaną dawkę dobową.</p> <p>Jeśli u pacjenta wystąpią objawy toksyczności stopnia <math>\geq 3</math> lub inne działania niepożądane, należy przerwać stosowanie produktu na tydzień lub do czasu zmniejszenia objawów do stopnia <math>\leq 2</math>. Maksymalna przerwa w podawaniu leku nie może być dłuższa niż 8 tygodni. Następnie</p>	<p>kryteriów zawartych w kryteriach progresji.</p> <p><b>3. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu</b></p> <p><b>3.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie lub cytologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;</li> <li>2) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy oraz innych wskaźników koniecznych do określenia kat. niewydolności wątroby wg Child Pugh przed rozpoczęciem leczenia;</li> <li>3) scyntygrafia kośćca (jeżeli nie była wykonana wcześniej);</li> <li>4) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) w zależności od sytuacji klinicznej;</li> <li>5) oznaczenie stężenia PSA i testosteronu.</li> </ol> <p><b>3.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Zawsze w przypadku wskazań klinicznych:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące, w przypadku zwiększenia stężenia, kolejne oznaczenia PSA w celu wykluczenia progresji biochemicznej wykonywać co 28-30 dni;</li> <li>2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji;</li> <li>3) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy co dwa tygodnie przez pierwsze trzy miesiące leczenia, a następnie co miesiąc;</li> <li>4) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej;</li> <li>5) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączenia do programu lub w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej, na podstawie kryteriów</li> </ol>
--	---	--

- 5) Nie leczenie opioidami z powodu objawów raka gruczołu krokowego (dopuszczalne jest stosowanie opioidów w przeszłości);
- 6) Stan sprawności 0 według klasyfikacji ECOG;
- 7) Wiek powyżej 18. roku życia.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z opornym na kastrację rakiem gruczołu krokowego, leczeni enzalutamidem przed stosowaniem chemioterapii w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że przed rozpoczęciem terapii spełniali kryteria włączenia oraz nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.

## 2.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.

## 2.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

- 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) ciężka niewydolność nerek lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby (Klasa C wg Child-Pugh);
- 3) wcześniejsze stosowanie ketokonazolu z powodu raka gruczołu krokowego powyżej 7 dni;
- 4) niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego;
- 5) niekontrolowane nadciśnienie tętnicze;
- 6) rozpoznane drobnokomórkowego raka stercza;
- 7) wcześniejsze leczenie enzalutamidem lub octanem abirateronu;
- 8) napady padaczkowe w wywiadzie lub inne opisane w wywiadzie czynniki predysponujące do ich wystąpienia.

## 2.4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na enzalutamid lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących

należy wznowić stosowanie leku w tej samej lub, jeżeli jest to uzasadnione, zmniejszonej dawce (120 mg lub 80 mg).

U chorych nie poddanych obustronnej orchiektomii należy kontynuować terapię farmakologiczną, której celem jest uzyskanie kastracji.

## 5. Dawkowanie w leczeniu opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223

- 5.1. Lek jest podawany we wstrzyknięciach dożylnych w dawce 55 kBq/kg mc.
- 5.2. Dawka leku nie może być modyfikowana.
- 5.3. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych kolejna dawka leku może być podana z opóźnieniem, jednak nie może ono wynieść więcej niż 4 tygodnie.
- 5.4. Warunkiem podania kolejnej dawki leku w przypadku, o którym mowa powyżej jest:
  - a) w przypadku hematotoksyczności: działanie powinno zmniejszyć się co najmniej do stopnia 2 wg CTC;
  - b) w przypadku toksyczności innych niż hematologiczne: działanie powinno zmniejszyć się do stopnia 2 wg CTC w przypadku działań żołądkowo-jelitowych lub stopnia 3 wg CTC w przypadku pozostałych działań;
  - c) w przypadku kompresji rdzenia kręgowego, do której dojdzie w trakcie leczenia, stosowanie leku może być kontynuowane, jeżeli

zawartych w kryteriach progresji.

## 4. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem

### 4.1. Badania przy kwalifikacji

- 1) histologicznie lub cytologicznie potwierdzone rozpoznanie raka gruczołu krokowego;
- 2) ocena aktywności aminotransferaz w surowicy oraz innych wskaźników koniecznych do określenia kat. niewydolności wątroby wg Child Pugh przed rozpoczęciem leczenia;
- 3) scyntygrafia kośćca (jeżeli nie była wykonana wcześniej);
- 4) obrazowanie (rentgenografia lub tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny) w zależności od sytuacji klinicznej;
- 5) oznaczenie stężenia PSA i testosteronu.

### 4.2. Monitorowanie leczenia

Zawsze w przypadku wskazań klinicznych:

- 1) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące, w przypadku zwiększenia stężenia, kolejne oznaczenia PSA w celu wykluczenia progresji biochemicznej wykonywać co 28-30 dni;
- 2) obrazowanie w zależności od badania wykonanego przy kwalifikacji;
- 3) inne badania w zależności od sytuacji klinicznej;
- 4) scyntygrafia po 6 miesiącach od włączenia do programu lub w przypadku stwierdzenia progresji klinicznej, na podstawie kryteriów zawartych w kryteriach progresji.

## 5. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu

kryteriów:

a) Wystąpienie łącznie przynajmniej 2 z 3 następujących rodzajów progresji:

- progresja kliniczna:

- progresja bólu związana z koniecznością zastosowania przeciwbólowego leku opioidowego przez okres dłuższy niż 2 tygodnie

lub

- wystąpienie SRE (skeletal related events – zdarzeń kostnych)

lub

- pogorszenie sprawności pacjenta (wg. Klasyfikacji ECOG) do co najmniej stopnia 2, utrzymujące się min. 2 tygodnie

- progresja PSA określona jako trzy kolejne wzrosty PSA, oznaczone w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej, przy nominalnej wartości stężenia PSA >2ng/ml.

- progresja radiologiczna określona jako pojawienie się co najmniej dwóch nowych ognisk, potwierdzona badaniem obrazowym

lub

b) progresja zgodnie z kryteriami RECIST;

3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego;

4) rezygnacja świadczeniobiorcy.

### **3. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego octanem abirateronu**

#### **3.1. Kryteria kwalifikacji**

Do leczenia octanem abirateronu w ramach programu kwalifikują się chorzy na raka gruczołu krokowego:

- 1) rozpoznanego histologicznie (dopuszczalne kwalifikowanie chorych, u których rozpoznanie ustalono w przeszłości cytologicznie, kiedy histologiczne badanie nie było standardem postępowania diagnostycznego);
- 2) stadium oporności na kastrację, określonym na podstawie oznaczenia stężenia testosteronu w surowicy wynoszącego 50 ng/dl lub mniej (tj. wynoszącego 1,7 nmol/l lub mniej);

zaopatrzenie pacjenta nie spowoduje opóźnienia podania kolejnej dawki leku o więcej niż 4 tygodnie;

d) w przypadku złamania kostnego, do którego dojdzie w trakcie leczenia, podanie kolejnej dawki leku powinno odbyć się w okresie od 2 do 4 tygodni po dokonaniu się złamania.

### **krokowego dichlorkiem radu Ra-223**

#### **5.1. Badania przy kwalifikacji**

- 1) badania laboratoryjne wykonuje się maksymalnie na 2 tygodnie przed kwalifikacją do programu, badania obrazowe (z wyjątkiem scyntygrafii) na 2 miesiące przed kwalifikacją do programu, scyntyografię wykonuje się maksymalnie na 3 miesiące przed kwalifikacją pacjenta do programu.
- 2) w ramach kwalifikacji pacjenta do programu wykonuje się następujące badania:
  - a) morfologia krwi z rozmazem,
  - b) oznaczenie stężenia PSA,
  - c) oznaczenie w surowicy stężenia: bilirubiny, kreatyniny, fosfatazy alkalicznej, testosteronu,
  - d) oznaczenie w surowicy aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),
- 3) scyntygrafia kości,
- 4) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy,
- 5) RTG lub tomografia komputerowa klatki piersiowej.

#### **5.2. Monitorowanie leczenia**

- 1) w ramach monitorowania leczenia w programie każdorazowo przed podaniem kolejnej dawki leku wykonuje się następujące badania:
  - a) morfologia krwi z rozmazem,
  - b) oznaczenie w surowicy stężenia bilirubiny, kreatyniny, fosfatazy alkalicznej,
  - c) oznaczenie w surowicy aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),
- 2) oznaczenie stężenia PSA co 3 miesiące,

- 3) z progresją choroby w trakcie lub po chemioterapii z udziałem docetakselu, określoną na podstawie:
- trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej (nadir), przy nominalnej wartości stężenia PSA >2 ng/ml lub
  - wystąpienia objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;
- 4) w stanie sprawności 0-1 według klasyfikacji WHO;
- 5) w wieku powyżej 18. roku życia.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Do programu kwalifikowani są również pacjenci dotychczas leczeni z zastosowaniem octanu abirateronu w ramach świadczenia chemioterapii niestandardowej, pod warunkiem, że zostali zakwalifikowani do leczenia w ramach chemioterapii niestandardowej przed 1 stycznia 2014 r. oraz przed rozpoczęciem leczenia nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu.

### 3.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.

### 3.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu

- nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
- umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa B lub C wg Child-Pugh);
- aktywność aminotransferaz równa lub przekraczająca 2,5-krotną wartość górnego zakresu normy;
- wcześniejsze stosowanie ketokonazolu z powodu raka gruczołu krokowego;
- niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego;
- wcześniejsze leczenie enzalutamidem lub octanem abirateronu.

### 3.4. Kryteria wyłączenia z programu

- wystąpienie objawów nadwrażliwości na octan abirateronu lub którąkolwiek substancję pomocniczą;

w przypadku zwiększenia stężenia, kolejne oznaczenia PSA w celu wykluczenia progresji biochemicznej wykonywać co 28-30 dni;

- po zakończeniu leczenia w programie, w okresie 4-8 tygodni od momentu podania ostatniej dawki leku, jednorazowo wykonuje się badania określone w pkt 1);
- inne badania w razie wskazań klinicznych, zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego.

### 6. Monitorowanie programu

- gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.



2) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów:

a) wystąpienie łącznie przynajmniej 2 z 3 następujących rodzajów progresji:

- progresja kliniczna:

- progresja bólu określona jako włączenie nowego opioidu na dłużej niż 2 tygodnie (nie dotyczy przypadków, gdy włączenie nowego opioidowego leku przeciwbólowego nastąpiło z powodu działań niepożądanych wywołanych przez lek dotychczas stosowany)

lub

- wystąpienie SRE (skeletal related events - zdarzeń kostnych)

lub

- utrzymujące się min. 2 tygodnie pogorszenie sprawności pacjenta do co najmniej stopnia 2 (wg klasyfikacji WHO);

- progresja PSA określona jako trzy kolejne wzrosty PSA, oznaczone w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej, przy nominalnej wartości stężenia PSA >2ng/ml,

- progresja radiologiczna określona jako pojawienie się co najmniej dwóch nowych ognisk, potwierdzona badaniem obrazowym,

lub

b) progresja zgodnie z kryteriami RECIST;

3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego;

4) rezygnacja świadczeniobiorcy.

#### **4. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego enzalutamidem**

##### **4.1. Kryteria kwalifikacji**

1) wiek: 18 lat i powyżej;

2) rozpoznanie histologiczne raka gruczołu krokowego;

3) stadium oporności na kastrację (stężenie testosteronu w surowicy wynoszące poniżej 50 ng/dl, tj. wynoszące mniej niż 1,7 nmol/l);

4) stan sprawności 0-1 według ECOG;

5) z progresją choroby w trakcie lub po chemioterapii z udziałem docetakselu, określoną na podstawie:

- a) trzech kolejnych wzrostów stężenia PSA, oznaczonego w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej (nadir), przy nominalnej wartości stężenia PSA >2 ng/ml lub
- b) wystąpienia objawów progresji zmian (układ kostny, narządy wewnętrzne, tkanki miękkie) w badaniach obrazowych;

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

#### **4.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**

- 1) nadwrażliwość na enzalutamid lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) ciężka niewydolność nerek, ciężka niewydolność wątroby (klasa C wg skali Child – Pugh);
- 3) niekontrolowane choroby układu sercowo-naczyniowego;
- 4) wcześniejsze leczenie enzalutamidem lub octanem abirateronu;
- 5) napady padaczkowe w wywiadzie lub inne opisane w wywiadzie czynniki predysponujące do ich wystąpienia.

#### **4.3. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o zakończeniu leczenia świadczeniobiorcy w programie, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu.

#### **4.4. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na enzalutamid lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) progresja choroby w trakcie stosowania leku, definiowana według następujących kryteriów:
  - a) wystąpienie łącznie przynajmniej 2 z 3 następujących rodzajów progresji:
    - progresja kliniczna:
      - progresja bólu określona jako włączenie nowego opioidu na dłużej niż 2 tygodnie (nie dotyczy przypadków, gdy włączenie nowego opioidowego leku przeciwbólowego nastąpiło z powodu działań niepożądanych wywołanych przez lek dotychczas stosowany)

lub

- wystąpienie SRE (skeletal related events - zdarzeń kostnych)

lub

- utrzymujące się min. 2 tygodnie pogorszenie sprawności pacjenta do co najmniej stopnia 2 (wg klasyfikacji WHO);
- progresja PSA określona jako trzy kolejne wzrosty PSA, oznaczone w co najmniej tygodniowych odstępach, z udowodnionymi wzrostami o co najmniej 50% wobec wartości wyjściowej, przy nominalnej wartości stężenia PSA >2ng/ml,
- progresja radiologiczna określona jako pojawienie się co najmniej dwóch nowych ognisk, potwierdzona badaniem obrazowym,

lub

b) progresja zgodnie z kryteriami RECIST;

- 3) wystąpienie działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuację leczenia zgodnie z zaleceniami zawartymi w charakterystyce produktu leczniczego;
- 4) rezygnacja świadczeniobiorcy.

## **5. Leczenie opornego na kastrację raka gruczołu krokowego dichlorkiem radu Ra-223**

### **5.1. Kryteria kwalifikacji**

Do programu kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie następujące kryteria:

- 1) histologiczne lub cytologiczne rozpoznanie raka gruczołu krokowego;
- 2) kastracyjne stężenie testosteronu (poniżej 50 ng/dl) w wyniku prowadzonego farmakologicznego leczenia kastracyjnego (farmakologiczne leczenie kastracyjne powinno być kontynuowane)

lub

po wykonanej kastracji chirurgicznej;

- 3) progresja po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch linii leczenia systemowego (innych niż analogi LHRH) z powodu przerzutowego, opornego na kastrację raka gruczołu krokowego, w tym leczenie docetakselem ukończone co najmniej 4 tygodnie przed rozpoczęciem leczenia dichlorkiem radu-223. Jeśli pacjent przed rozpoczęciem leczenia dichlorkiem radu-223 przyjmował octan abirateronu z prednizonem/prednizolonem, należy zapewnić minimum 5 dniowy odstęp między podaniem ostatniej dawki octanu abirateronu z prednizonem/prednizolonem, a

pierwszej dawki dichlorku radu-223.

Dopuszcza się zastosowanie dichlorku radu-223 bez zastosowania wcześniejszych dwóch linii leczenia systemowego pod warunkiem braku możliwości zastosowania innej metody leczenia systemowego, co oznacza obecność przeciwwskazań medycznych;

4) progresja nowotworu definiowana jest jako:

a) wzrost stężenia PSA w kolejnych 3 badaniach wykonanych w co najmniej tygodniowych odstępach, w tym co najmniej dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej, która musi wynosić powyżej 2 ng/ml

lub

b) wystąpienie objawów progresji zmian w badaniach obrazowych;

5) potwierdzenie w badaniu scyntygraficznym obecności co najmniej 6 przerzutów do kości;

6) bóle kostne wymagające:

a) stałego stosowania leków przeciwbólowych, w sposób zgodny z zasadami postępowania w leczeniu bólu pochodzenia nowotworowego, lub

b) paliatywnej radioterapii, która została przeprowadzona w okresie nie więcej niż 12 tygodni przed zakwalifikowaniem do leczenia dichlorkiem radu-223;

7) brak przerzutów do narządów trzewnych z wyjątkiem przerzutów do węzłów chłonnych o wymiarze mniejszym lub równym 3 cm w osi krótkiej;

8) stan sprawności ogólnej 0-2 według ECOG;

9) wiek pacjenta: 18 lat i powyżej;

10) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem:

a) liczba płytek krwi większa lub równa  $1,0 \times 10^5/\text{mm}^3$ ,

b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa  $1500/\text{mm}^3$ ,

c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 10,0 g/dl;

11) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5 GGN;

12) aktywność AspAT i AlAT mniejsze lub równe 2,5 GGN;

13) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe 1,5 GGN;

14) oczekiwany czas przeżycia dłuższy niż 6 miesięcy.

## 5.2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie w programie obejmuje 6 podań leku wykonywanych w odstępach 4 tygodni, chyba że w oparciu o kryteria zakończenia udziału w programie, określone w pkt 4.4., zostanie podjęta decyzja o wyłączeniu pacjenta z programu.

### **5.3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**

Do programu nie kwalifikuje się pacjentów w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

- 1) współistnienie innego aktywnego nowotworu złośliwego (z wyjątkiem raka podstawnokomórkowego skóry);  
albo  
wcześniejsze zachorowanie na jakikolwiek nowotwór złośliwy, o ile leczenie nie miało charakteru radykalnego lub miało charakter radykalny, ale nie uzyskano całkowitej remisji;
- 2) wystąpienie istotnych klinicznie działań niepożądanych spowodowanych chemioterapią, które nie ustępują w ciągu 4 tygodni od przerwania leczenia (z wyjątkiem utrzymującej się neuropatii);
- 3) leczenie z zastosowaniem strontu-89, samaru-153, renu-186 lub renu-188 w okresie 24 tygodni przed rozpoczęciem leczenia w ramach tego programu;
- 4) jednoczesne stosowanie innego systemowego leczenia przeciwnowotworowego z wyjątkiem farmakologicznego leczenia kastracyjnego (analog LHRH);
- 5) kompresja rdzenia kręgowego potwierdzona badaniem klinicznym lub badaniem rezonansu magnetycznego, wymagająca zaopatrzenia miejscowego lub radioterapii (leczenie dichlorkiem radu Ra-223 może zostać podjęte po skutecznym zakończeniu leczenia miejscowego);
- 6) obecność przerzutów do mózgu niekontrolowanych leczeniem miejscowym;
- 7) obecność co najmniej jednego z następujących schorzeń współistniejących:
  - a) niekontrolowana infekcja,
  - b) niewydolność serca w stopniu III lub IV NYHA,
  - c) choroba Crohna lub wrzodziejące zapalenie jelita grubego,
  - d) mielodysplazja szpiku;
- 8) niepoddające się leczeniu nietrzymanie kału;
- 9) obecność jakichkolwiek innych stanów lub schorzeń, które w opinii lekarza mogą stanowić przeciwwskazanie do zastosowania dichlorku radu Ra-223.

#### **5.4. Kryteria zakończenia udziału w programie**

Leczenie pacjenta w programie zostaje zakończone, jeżeli w trakcie tego leczenia wystąpi co najmniej jedno z następujących kryteriów:

- 1) wystąpienie nieakceptowalnej toksyczności hematologicznej tj. neutropenii lub trombocytopenii w stopniu 3 lub 4 wg CTC, utrzymujące się pomimo podjętego leczenia objawowego przez okres powyżej 14 dni  
lub  
utrzymywanie się pomimo podjętego leczenia objawowego innej toksyczności w stopniu 4 wg CTC przez okres powyżej 7 dni;
- 2) rozpoczęcie nowego leczenia z zastosowaniem innego preparatu radioizotopowego  
- z wyjątkiem zastosowania radioterapii paliatywnej na pojedyncze ogniska przerzutowe;
- 3) progresja choroby definiowana jako:
  - a) progresja PSA rozumiana jako postępujące zwiększenie stężenia PSA w kolejnych 3 badaniach wykonanych w co najmniej tygodniowych odstępach, z co najmniej dwoma wzrostami o 50% wobec wartości wyjściowej, która musi być większa 5 ng/ml  
oraz
  - b) pogorszenie stanu sprawności ogólnej o co najmniej 2 stopnie wg ECOG w stosunku do wartości wyjściowej;
- 4) niepoddające się leczeniu nietrzymanie kału;
- 5) kompresja rdzenia kręgowego potwierdzona badaniem klinicznym lub badaniem rezonansu magnetycznego, która nie może zostać zaopatrzona miejscowo lub której zaopatrzenie wymagałoby opóźnienia podania kolejnej dawki leku o więcej niż 4 tygodnie;
- 6) jakiegokolwiek inne poważne schorzenie, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwia kontynuację leczenia dichlorkiem radu Ra-223.

## LECZENIE SPASTYCZNOŚCI KOŃCZYNY GÓRNEJ I/LUB DOLNEJ PO UDARZE MÓZGU Z UŻYCIEM TOKSYNY BOTULINOWEJ TYPU A (ICD–10 I61, I63, I69)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Botox albo Dysport kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,6 i/lub 1,2,4,5,6.</p> <p>Do leczenia z zastosowaniem toksyny botulinowej Xeomin kwalifikuje się pacjentów spełniających łącznie kryteria 1,2,3,6.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wiek od 18 roku życia;</li> <li>2) Pacjenci po przebytych niedokrwiennym lub krwotocznym udarze mózgu, udokumentowanym wypisem ze szpitala;</li> <li>3) Pacjenci z potwierdzoną poudarową spastycznością kończyny górnej w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS <math>\geq 2</math>) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej;</li> <li>4) Pacjenci z potwierdzoną poudarową spastycznością kończyny dolnej w stopniu umiarkowanym lub wyższym (wynik w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS <math>\geq 2</math>) w przynajmniej jednej grupie mięśniowej;</li> <li>5) Pacjent zdolny do przyjęcia pozycji stojącej;</li> <li>6) Brak przeciwwskazań do leczenia wymienionych w</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie Botulinum A toxin ā 100 j. (Botox), Botulinum A toxin ā 500 j. i Botulinum A toxin a 300 j. (Dysport) oraz Botulinum A toxin ā 100 j. (Xeomin)</b></p> <p>Podczas jednej sesji leczenia nie powinno się przekraczać maksymalnych dawek leku dla poszczególnych kończyn oraz maksymalnej dawki jednorazowej na sesję.</p> <p>Maksymalne dawki na sesję (według zaleceń polskich i europejskich oraz odpowiednich aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Botox: 600 j. (tylko kończyna górna – 350 j., tylko kończyna dolna – 300 j. do 400 j.),</li> <li>b) Dysport: 1500 j. (tylko kończyna górna – 1100 j., tylko kończyna dolna – 1500 j.),</li> <li>c) Xeomin: 500 j. (tylko kończyna górna).</li> </ol> <p>Lek podaje się wielopunktowo (z wyjątkiem małych mięśni) w zakresach dawek zgodnych z Charakterystyką Produktów Leczniczych lub z opublikowanymi rekomendacjami grupy ekspertów PTN oraz zgodnie z doświadczeniem klinicznym podającego (wybór mięśni i dawek w zależności od aktualnego stanu klinicznego i funkcjonalnego ocenionego przez lekarza).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badanie neurologiczne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ocena spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashwortha – MAS,</li> <li>b) test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej i/lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych),</li> <li>c) ocena stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością;</li> </ol> </li> <li>2) U pacjentów przyjmujących leki antykoagulacyjne – acenokumarol lub warfarynę, wykonuje się badanie INR (dopuszczalna wartość INR <math>\leq 2,5</math>).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Podczas wizyt kontrolnych przed podaniem pacjentowi kolejnej dawki leku wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Ocenę odpowiedzi na zastosowane leczenie mierzoną w zmodyfikowanej skali Ashwortha–MAS (poprawa o minimum 1 punkt), która stanowi kryterium podania</li> </ol>

<p>Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>W zależności od decyzji lekarza, zaleca się rozpoczęcie indywidualnej kinezyterapii nie później niż 4 tygodnie po podaniu leku.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz prowadzący leczenie pacjenta. Liczba podań leku i czas leczenia zależy od uzyskania przez pacjenta adekwatnej odpowiedzi na leczenie – przy czym maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni.</p> <p>W przypadku wystąpienia u pacjenta przynajmniej jednego z kryteriów wyłączenia z programu, pacjent zostaje wyłączony z programu bez zbędnej zwłoki.</p> <p><b>3. Podawanie leku w ramach programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) O liczbie podań, jaką otrzyma pacjent, decyduje lekarz prowadzący. Liczba podań leku zależy od uzyskania przez pacjenta dobrej odpowiedzi na leczenie, przy czym maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni;</li> <li>2) Odpowiedź na leczenie jest weryfikowana podczas wizyt kontrolnych. Dwie pierwsze wizyty monitorujące powinny zostać wykonane 4 – 8 tygodni po podaniu pierwszej i drugiej dawki leku, a kolejne zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego terapię.</li> </ol> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z programu</b></p>	<p>Częstość podawania leku zależy od stanu klinicznego pacjenta – maksymalnie 3 podania preparatu na każdą leczoną kończynę w każdym roku, nie częściej niż co 12 tygodni.</p> <p>Zalecane podawanie pod kontrolą elektromiografii (EMG), stymulacji elektrycznej mięśnia i/lub ultrasonografii (USG).</p>	<p>kolejnych dawek leku;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Ocenę efektu podania leku według lekarza i według pacjenta przeprowadzana za pomocą skali CGI-IS (Clinical Global Impression – Improvement Scale);</li> <li>3) Test oceniający stopień osłabienia siły mięśni kończyny górnej i/lub dolnej według skali Medical Research Council (MRC) (0–5 w poszczególnych grupach mięśniowych);</li> <li>4) Ocenę spastyczności w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS;</li> <li>5) Ocenę stanu ruchowego z opisową oceną czynności możliwych do wykonania kończyną ze spastycznością.</li> </ol> <p>W dokumentacji medycznej pacjenta zamieszcza się informację o rodzaju i formie prowadzonej u pacjenta rehabilitacji, jeśli dotyczy.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) Uzupelnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo–rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>
--	--	--



<ol style="list-style-type: none"><li>1) Brak odpowiedzi na leczenie w dwóch kolejnych sesjach podania leku. Pacjenta uznaje się za odpowiadającego na leczenie, gdy po podaniu dwóch kolejnych dawek leku doszło u niego do spadku napięcia mięśniowego o <math>\geq 1</math> punkt w zmodyfikowanej skali Ashworth–MAS względem wartości wyjściowych;</li><li>2) Pojawienie się przeciwwskazań do leczenia wymienionych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</li><li>3) Nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny lub którykolwiek ze składników leku;</li><li>4) Utrwalony przykurcz kończyny górnej i/lub dolnej lub zanik mięśni w porażonej kończynie;</li><li>5) Ciężkie zaburzenia połykania i oddychania;</li><li>6) Cięża lub karmienie piersią;</li><li>7) Potwierdzenie miastonii lub zespołu miastenicznego;</li><li>8) Wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających dalsze stosowanie leku;</li><li>9) Wszczepienie pompy baklofenowej;</li><li>10) Przyjmowanie leków hamujących transmisję nerwowo–mięśniową (np. aminoglikozydy);</li><li>11) Powstanie oporności na lek.</li></ol>		
---	--	--

**LECZENIE ZAAWANSOWANEGO RAKA ŻOŁĄDKA (ICD-10 C16)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Program obejmuje leczenie chorych na raka żołądka z przerzutami trastuzumabem w skojarzeniu z cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne rozpoznanie gruczolakoraka żołądka z obecnością przerzutów odległych;</li> <li>2) nadekspresja receptora HER2 w komórkach raka określana jako wynik IHC /3+/-;</li> <li>3) obecność przynajmniej jednej zmiany mierzalnej lub ocenialnej;</li> <li>4) stan sprawności 0-1 wg WHO;</li> <li>5) niestosowanie w przeszłości leczenia systemowego z powodu przerzutowego raka żołądka;</li> <li>6) wydolność serca wykazana na podstawie oceny klinicznej i badania ECHO (przed rozpoczęciem stosowania trastuzumabu) z frakcją wyrzutu lewej komory serca wynoszącą przynajmniej 50%;</li> <li>7) ukończenie 18 roku życia.</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Podawanie trastuzumabu jest kontynuowane po zakończeniu chemioterapii do wystąpienia progresji choroby lub istotnej klinicznie toksyczności, która nakazuje zaprzestanie leczenia.</p>	<p><b>1. Leczenie chorych na raka żołądka z przerzutami trastuzumabem w skojarzeniu z cisplatyną i fluorouracylem lub cisplatyną i kapecytabiną</b></p> <p>Trastuzumab stosowany jest co 3 tygodnie – pierwsza dawka leku wynosi 8 mg/kg masy ciała i.v., a następne 6 mg/kg.</p> <p>Chemioterapia rozpoczyna się w dniu podania pierwszej dawki trastuzumabu i polega na zastosowaniu jednego z dwu schematów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) cisplatyna 80 mg/m<sup>2</sup> i.v. dzień 1 oraz fluorouracyl wlew ciągły i.v. 800 mg/ m<sup>2</sup> na dobę dni 1-5; cykle powtarzane co 3 tygodnie;</li> <li>2) cisplatyna 80 mg/m<sup>2</sup> i.v. dzień 1 oraz kapecytabina 1000 mg/ m<sup>2</sup> 2 x dziennie p.o. w dniach 1-14; cykle powtarzane co 3 tygodnie.</li> </ol> <p>Dopuszczalne jest zmniejszenie dawek leków cytotoksycznych maksymalnie o 25% w zależności od toksyczności lub opóźnienie podania kolejnego kursu.</p> <p>W przypadku nietolerancji jednej z fluoropirymidyn możliwa jest zmiana schematu chemioterapii na alternatywny (zamiana fluorouracylu na kapecytabinę</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie immunohistochemiczne (ocena nadekspresji receptora HER2);</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) badania biochemiczne:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) stężenie kreatyniny;</li> <li>b) stężenie ALAT;</li> <li>c) stężenie AspAT;</li> <li>d) stężenie bilirubiny;</li> <li>e) stężenie sodu;</li> <li>f) stężenie potasu;</li> <li>g) stężenie wapnia.</li> </ol> </li> <li>4) RTG lub KT klatki piersiowej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni) – wybór rodzaju badania w zależności od możliwości oceny wymiarów zmian;</li> <li>5) KT jamy brzusznej (wykonane w ciągu ostatnich 4 tygodni);</li> <li>6) scyntygrafia kośćca (w zależności od oceny sytuacji klinicznej);</li> <li>7) EKG i ECHO lub MRI, konsultacja kardiologiczna - jedynie w przypadku wskazań klinicznych dotyczących wydolności układu sercowo-naczyniowego lub nieprawidłowych wyników EKG lub ECHO lub MRI;</li> <li>8) próba ciążowa (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę);</li> <li>9) KT lub MRI mózgu (tylko, gdy są wskazania kliniczne).</li> </ol>

Maksymalna liczba cykli chemioterapii cisplatyną i fluorouracyłem lub cisplatyną i kapecytabiną wynosi 6.

lub odwrotnie).

### 3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie

- 1) przebyta chemioterapia z powodu przerzutowego raka żołądka;
- 2) nadwrażliwość na trastuzumab, białko mysie lub substancje pomocnicze;
- 3) nasiloną duszność spoczynkowa związana z zaawansowaniem nowotworu lub innymi chorobami;
- 4) stan sprawności 2-4 według WHO;
- 5) niewydolność sercowo-naczyniowa i nadciśnienie tętnicze nie poddające się leczeniu farmakologicznemu;
- 6) ciąża i karmienie piersią;
- 7) klinicznie objawowe przerzuty do OUN;
- 8) inne poważne współistniejące choroby uniemożliwiające przeprowadzenie leczenia;
- 9) istotne klinicznie i stanowiące przeciwwskazanie do stosowania chemioterapii zaburzenia wskaźników czynności układu krwiotwórczego, nerek lub wątroby.

### 4. Kryteria zakończenia udziału w programie

- 1) progresja choroby w trakcie stosowania leczenia;
- 2) wystąpienie istotnych klinicznie zaburzeń wskaźników czynności układu krwiotwórczego, nerek lub wątroby uniemożliwiających dalsze leczenie;
- 3) ciąża.

### 5. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej

- 1) Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu

## 2. Monitorowanie leczenia

- 1) morfologia krwi (z rozmazem) przed każdym kolejnym cyklem chemioterapii (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej, niż co 3 miesiące w czasie wyłącznego stosowania trastuzumabu;
- 2) badania biochemiczne:
  - a) stężenie kreatyniny;
  - b) stężenie ALAT;
  - c) stężenie AspAT;
  - d) stężenie bilirubiny;
  - e) stężenie sodu;
  - f) stężenie potasu;
  - g) stężenie wapnia.Badania wykonuje się przed każdym kolejnym cyklem chemioterapii (zgodnie z rytmem kolejnych cykli), a następnie nie rzadziej, niż co 3 miesiące w czasie wyłącznego stosowania trastuzumabu.
- 3) EKG i ECHO lub MRI w trzecim oraz szóstym miesiącu, a następnie w przypadku klinicznych wskazań;
- 4) KT jamy brzusznej oraz RTG lub KT klatki piersiowej, co 3 miesiące lub w przypadku wskazań klinicznych (wybór metody w zależności od wyjściowej metody obrazowej);
- 5) scyntygrafia kośćca (w odniesieniu do chorych z przerzutami do kości) nie częściej, niż co 6 miesięcy.

**Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 5. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.**

<p>kwalfikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.</li><li>3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.</li><li>4) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.</li></ol>		<p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li><li>4) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 5. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.</li></ol>
---	--	--

**LECZENIE CZERNIAKA SKÓRY LUB BŁON ŚLUZOWYCH (ICD-10 C43)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem</b></p> <p>1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych w stadium zaawansowania III (nieoperacyjny) lub IV oraz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał monoklonalnych anti-PD-1 (z wyjątkiem skojarzenia z ipilimumabem, gdy leczenie zakończono z powodu toksyczności ipilimumabu) oraz</li> <li>i. brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry, albo</li> <li>ii. nieskuteczne wcześniejsze jedno leczenie systemowe stosowane w zaawansowanym stadium czerniaka lub brak tolerancji nie pozwalający na jego kontynuację (nie dotyczy terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem). Farmakologiczne leczenie systemowe (w tym z użyciem anti-PD-1) w stadium zaawansowanym nie obejmuje uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;</li> </ul> <p>2) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;</p>	<p><b>1. Dawkowanie niwolumabu lub pembrolizumabu lub niwolumabu w skojarzeniu z ipilimumabem</b></p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego. Niwolumab lub pembrolizumab, lub niwolumab w skojarzeniu z ipilimumabem nie może być stosowany łącznie z:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) innym przeciwciałem monoklonalnym (wyjątek stanowi skojarzenie niwolumabu z ipilimumabem);</li> <li>2) inhibitorem kinazy BRAF;</li> <li>3) inhibitorem kinazy MEK.</li> </ol> <p><b>2. Dawkowanie wemurafenibu oraz kobimetynibu</b></p> <p>Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia niwolumabem, lub pembrolizumabem lub terapią skojarzoną niwolumabem z ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka;</li> <li>2) Diagnostyka obrazowa: RTG, PET-TK, TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach - zmiany w tkance podskórnej lub skórze);</li> <li>3) Pomiar masy ciała;</li> <li>4) Pełne badanie przedmiotowe;</li> <li>5) Ocena sprawności w skali ECOG;</li> <li>6) Ocena obecności mutacji BRAF V600;</li> <li>7) Test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>8) Elektrokardiogram (EKG);</li> <li>9) Badania laboratoryjne:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badania hematologiczne: hemoglobina, pełna morfologia z rozmazem (włącznie z bezwzględną liczbą limfocytów) oraz liczbą płytek,</li> <li>b) parametry biochemiczne surowicy: amylaza, aminotransferazy (ALT/AST), bilirubina (związana i</li> </ol> </li> </ol>

<p>3) Stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;</p> <p>4) Wiek <math>\geq</math> 18 lat;</p> <p>5) Rozpoczynanie leczenia w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia;</p> <p>6) Brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytych leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu;</p> <p>7) Antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz do 16 tygodni po podaniu ostatniej dawki;</p> <p>8) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek;</p> <p>9) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;</p> <p>10) Brak przeciwwskazań do rozpoczęcia leczenia wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.2. Kryteria kwalifikacji do leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych niwolumabem lub pembrolizumabem</b></p> <p>1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka skóry lub błon śluzowych z zajęciem węzłów chłonnych (dotyczy niwolumabu lub pembrolizumabu) lub z przerzutami odległymi (dotyczy tylko niwolumabu), po całkowitej resekcji - nie później niż 16 tygodni wstecz; Brak wcześniejszego leczenia farmakologicznego z powodu czerniaka skóry. Za farmakologiczne leczenie systemowe nie uznaje się uzupełniającego leczenia pooperacyjnego;</p>	<p>W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z leków ze schematu z powodu specyficznych toksyczności, można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu. Pacjenci włączeni do programu przed dniem 1.03.2017 mogą kontynuować monoterapię wemurafenibem aż do zakończenia leczenia.</p> <p><b>3. Dawkowanie dabrafeni bu oraz trametynibu</b></p> <p>Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania obu leków są określone w Charakterystykach Produktów Leczniczych.</p> <p>W przypadku konieczności zakończenia terapii jednym z leków ze schematu z powodu reakcji niepożądanych można kontynuować terapię pozostałym lekiem ze schematu. Pacjenci włączeni do programu przed dniem 1.03.2017 mogą kontynuować monoterapię dabrafeni bem aż do zakończenia leczenia.</p> <p><b>4. Dawkowanie enkorafenibu z binimetynibem</b></p> <p>Dawkowanie prowadzone jest zgodnie z Charakterystykami odpowiednich Produktów Leczniczych. Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania obu leków są określone w Charakterystykach Produktów Leczniczych.</p>	<p>całkowita), kreatynina, glukoza, mocznik, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,</p> <p>c) badanie ogólne moczu.</p> <p><b>1.2. Badania przy kwalifikacji do terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafeni bu oraz trametynibu, albo terapii dabrafeni bem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, albo terapii skojarzonej enkorafenibu z binimetynibem</b></p> <p>1) Histologiczne potwierdzenie czerniaka zgodnie z kryteriami włączenia;</p> <p>2) Ocena obecności mutacji BRAF V600;</p> <p>3) Morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>4) Oznaczenia stężenia kreatyniny;</p> <p>5) Oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>6) Oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>7) Oznaczenie stężenia dehydrogenazy mleczanowej;</p> <p>8) Oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>9) Oznaczenie stężenia elektrolitów (w tym magnezu);</p> <p>10) elektrokardiogram (EKG);</p> <p>11) Ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF);</p> <p>12) Test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p>13) Badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu;</p> <p>14) Badanie tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy;</p>
--	--	--

- 2) Rozpoczęcie leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w chwili ustąpienia wszystkich klinicznie istotnych działań niepożądanych wcześniejszego leczenia;
- 3) Wiek  $\geq 18$  lat;
- 4) Stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;
- 5) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 6) Brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;
- 7) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

### 1.3. Kryteria kwalifikacji do leczenia uzupełniającego czerniaka skóry lub błon śluzowych skojarzoną terapią dabrafenibem i trametynibem

- 1) Rozpoznanie czerniaka skóry w stopniu zaawansowania IIIA z przerzutami powyżej 1mm, IIIB, IIIC lub IIID – na podstawie klasyfikacji AJCC, 8. edycji z 2017 roku;
- 2) Wykonana całkowita resekcja czerniaka skóry (jeśli nie ma wskazań do uzupełniającej limfadenektomii wystarczająca jest jedynie biopsja węzła wartowniczego); czas od resekcji przerzutów maksymalnie 16 tygodni;
- 3) Potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu;
- 4) Wiek  $\geq 18$  lat;
- 5) Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 6) Brak stosowania wcześniejszych terapii systemowych w leczeniu czerniaka;

15) Badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, z ewentualną dokumentacją fotograficzną zmian nowotworowych na skórze, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej;

16) Ocena przedmiotowa całej skóry;

17) Badanie głowy i szyi obejmujące przynajmniej wzrokową ocenę błon śluzowych jamy ustnej oraz palpacyjną ocenę węzłów chłonnych;

18) Badania obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów RECIST (nie wcześniej niż 28 dni przed zastosowaniem pierwszej dawki leku);

19) Badanie okulistyczne, w tym badanie ostrości i pola widzenia oraz dna oka.

## 2. Monitorowanie leczenia

### 2.1. Monitorowanie leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem, lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka

1) Diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI (USG w wybranych przypadkach - zmiany w tkance podskórnej lub skórze). Diagnostykę obrazową wykonuje się:

a) dla niwolumabu i pembrolizumabu: po 12 tygodniach leczenia, a następnie co 3-4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji;

b) dla terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem: między 11 a 13 tygodniem leczenia, następnie co 3-4 miesiące lub przy klinicznym podejrzeniu progresji;

- 7) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 8) Brak innego aktywnego nowotworu złośliwego;
- 9) Brak współistniejących schorzeń uniemożliwiających leczenie;
- 10) Brak przeciwwskazań do stosowania dabrafenibu i trametynibu określonych w Charakterystykach Produktów Leczniczych;
- 11) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**1.4. Kryteria kwalifikacji do terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem**

- 1) Rozpoznanie nieresekcyjnego (stopień III) lub uogólnionego (stopień IV) czerniaka skóry;
- 2) Potwierdzenie mutacji BRAF V600 w komórkach nowotworowych za pomocą zwalidowanego testu;
- 3) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;
- 4) Wiek  $\geq 18$  lat;
- 5) Sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;
- 6) Brak objawowych przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego lub stan bezobjawowy po przebytych leczeniu chirurgicznym lub radioterapii przerzutów w mózgu;
- 7) Wielkość odstępu QTc w badaniu EKG  $\leq 500$  ms;

- 2) Badania laboratoryjne: pełna morfologia krwi z rozmazem oraz liczbą płytek, parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita (bezpośrednia w przypadku stężenia bilirubiny całkowitej  $> 1,5$  GGN), kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4. Zaleca się, aby wszystkie próbki do badań laboratoryjnych były pobrane w okresie do 7 dni przed podaniem dawki leku. Badania laboratoryjne wykonuje się:
  - a) dla niwolumabu lub pembrolizumabu lub terapii skojarzonej niwolumabu z ipilimumabem: co 6-12 tygodni;
- 3) Pomiar masy ciała;
- 4) Pełne badanie przedmiotowe;
- 5) Ocena sprawności w skali ECOG;
- 6) Ocena zdarzeń niepożądanych.

Antykoncepcyjne przeciwdziałanie u kobiet w wieku rozrodczym przez cały okres stosowania leczenia oraz 4 miesiące po podaniu ostatniej dawki niwolumabu, lub niwolumabu skojarzonego z ipilimumabem, lub pembrolizumabu.

**2.2. Monitorowanie terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem**

- 1) Ocena odpowiedzi według kryteriów RECIST przy pomocy badania tomografii komputerowej klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy co 14-18 tygodni;



- 8) Wyniki badania morfologii oraz badań biochemicznych krwi umożliwiające leczenie zgodnie z aktualnymi Charakterystykami Produktów Leczniczych;
- 9) Brak przeciwwskazań do leczenia określonych w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych;
- 10) Brak schorzeń towarzyszących lub zaburzeń, uniemożliwiających leczenie;
- 11) Wykluczone stosowanie jednoczesnej chemioterapii;
- 12) Wykluczenie współistniejącego innego aktywnego nowotworu złośliwego z wyjątkiem nowotworów złośliwych skóry;
- 13) Wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

### 2.1. Określenie czasu leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem lub terapii skojarzonej niwolumabem z ipilimumabem

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.

Dopuszcza się możliwość zawieszenia terapii niwolumabem lub pembrolizumabem po okresie minimum 6 miesięcy trwania terapii u chorych, u których uzyskano korzyść kliniczną (stabilizacja choroby, częściowa lub całkowita odpowiedź wg. RECIST) pod następującymi warunkami:

- 1) potwierdzenie korzyści klinicznej w kolejnym badaniu obrazowym wykonanym po co najmniej 4 tygodniach,
- 2) konsolidacja uzyskanej korzyści klinicznej 2 kolejnymi podaniami leku,

- 2) Badanie tomografii komputerowej lub rezonans magnetyczny mózgu u chorych ze stwierdzonymi wyjściowo przerzutami do OUN co 8-14 tygodni;
- 3) Badanie tomografii komputerowej innej lokalizacji lub inne badania obrazowe (ultrasonografia - USG, dokumentacja fotograficzna zmian na skórze, rezonans magnetyczny - MR, scyntygrafia) w zależności od sytuacji klinicznej;
- 4) Ocena skóry w kierunku występowania raków płaskonabłonkowych według opisu w aktualnych Charakterystykach Produktów Leczniczych wykonywana przez specjalistę onkologii klinicznej lub chirurgii onkologicznej (w przypadkach wątpliwych - konsultacja dermatologiczna);
- 5) Elektrokardiogram (EKG) oraz oznaczenie stężenia elektrolitów według aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych po miesiącu leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 3 miesiące, po zmianie dawkowania;
- 6) Badania morfologii i biochemii krwi według aktualnych Charakterystyk Produktów Leczniczych nie rzadziej niż co 8-10 tygodni;
- 7) Pomiar temperatury ciała pacjenta podczas każdej wizyty i wywiad od pacjenta w kierunku występowania gorączek;
- 8) Ocena frakcji wyrzutowej lewej komory serca (LVEF) w razie wskazań klinicznych;
- 9) Badanie okulistyczne, w tym dna oka, jedynie w przypadku występowania klinicznych wskazań.

### 3. Kontrola „follow-up” pacjentów, u których leczenie niwolumabem lub pembrolizumabem zostało czasowo zawieszone

3) obopólna, udokumentowana decyzja i zgoda zarówno lekarza jak i pacjenta na zawieszenie terapii.

W przypadku wystąpienia progresji istnieje możliwość powrotu do tego leczenia, o ile pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu oraz nie zachodzą inne przeciwwskazania do leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem.

## **2.2. Określenie czasu leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia, Leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy.

## **2.3. Określenie czasu leczenia skojarzoną terapią dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. Leczenie trwa maksymalnie 12 miesięcy.

## **2.4. Określenie czasu trwania terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy zgodnie z kryteriami wyłączenia.

## **3. Kryteria wyłączenia z programu**

### **3.1. Kryteria wyłączenia z leczenia niwolumabem lub pembrolizumabem lub z terapii skojarzonej niwolumabem z**

1) Kontrolę pacjenta przeprowadza się co 3-4 miesiące w okresie do 3 lat od zawieszenia leczenia wg. następującego schematu:

- a) Ocena miejscowa węzłów chłonnych regionalnych;
- b) Badania obrazowe w zależności od pierwotnej lokalizacji przerzutów (TK, MR, RTG klatki piersiowej) oraz według wskazań klinicznych;
- c) Dermatoskopia nowych zmian skórnych;
- d) Kontrola parametrów biochemicznych surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4;
- e) Scyntygrafia kości w przypadku bólu kości lub wskazań klinicznych (ale nie częściej niż co 6 miesięcy);
- f) Zachęcanie pacjentów do samokontroli okolicy operowanej i regionu spływu chłonnego;

2) Następnie kontrolę pacjenta przeprowadza się co 6-8 miesięcy w okresie kolejnych 3 lat zawieszenia terapii wg. schematu wskazanego w pkt. i-vii powyżej;

3) Następnie, po okresie 6 lat od zawieszenia terapii, kontrolę pacjenta przeprowadza się raz w roku, aż do końca życia, wg. następującego schematu:

- a) Ocena miejscowa, regionalna w badaniu przedmiotowym;
- b) Dermatoskopia nowych zmian;
- c) Kontrola parametrów biochemicznych surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita (bezpośrednia w przypadku stężenia bilirubiny całkowitej > 1,5 GGN), kreatynina, glukoza, dehydrogenaza mleczanowa (LDH), elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4.

**ipilimumabem lub terapii niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka**

- 1) Progresja choroby;
- 2) Nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;
- 3) Wystąpienie epizodu ciężkiej toksyczności niezwiązanej z lekiem;
- 4) Brak możliwości zmniejszenia dawek kortykosterydów stosowanych z powodu leczenia działań niepożądanych do dawki  $\leq 10$  mg prednizonu na dobę lub dawki równoważnej w ciągu 12 tygodni;
- 5) Istotne pogorszenie jakości życia według oceny lekarza lub pacjenta;
- 6) Objawy toksyczności związane z leczeniem nie ulegają poprawie do stopnia 0-1 w ciągu 12 tygodni od podania ostatniej dawki pembrolizumabu lub niwolumabu;
- 7) Wystąpienie toksyczności zagrażającej życiu (w stopniu 4) z wyjątkiem endokrynopatii kontrolowanych suplementacją hormonalną;
- 8) Wystąpienie toksyczności pochodzenia immunologicznego takich jak:
  - a) zapalenie płuc stopnia 3 lub 4 lub nawracające stopnia 2,
  - b) zapalenie jelita grubego stopnia 4,
  - c) zapalenie nerek stopnia 3 lub 4 ze stężeniami kreatyniny 3 razy powyżej GGN,
  - d) zapalenie wątroby stopnia 3 lub 4 związane ze:
    - i. wzrostem ALT lub AST 5 razy powyżej GGN lub stężenia bilirubiny całkowitej 3 razy powyżej GGN,
    - ii. u pacjentów z przerzutami do wątroby, którzy rozpoczynają leczenie z umiarkowanym wzrostem (stopień 2) AST lub ALT jeżeli AST lub ALT rośnie

**4. Monitorowanie programu**

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

50% powyżej w stosunku do wartości wyjściowych i trwa 1 tydzień lub dłużej;

- 9) Wystąpienie po raz drugi epizodu toksyczności stopnia 3 lub 4;
- 10) Kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 4 miesiące po jego zakończeniu;
- 11) Kobiety w ciąży lub karmiące piersią.

### **3.2. Kryteria wyłączenia z terapii dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka**

- 1) Kliniczna lub potwierdzona obrazowo wznowa choroby;
- 2) Toksyczność leczenia z wystąpieniem przynajmniej jednego niepożądanego działania będącego zagrożeniem życia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria);
- 3) Utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność 3 i wyższych stopni według kryteriów CTC z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry;
- 4) Nadwrażliwość na leki lub na substancje pomocnicze;
- 5) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta;
- 6) Rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody na leczenie;
- 7) Ciąża lub wystąpienie innych stanów, które w opinii lekarza uniemożliwiają kontynuowanie leczenia.

### **3.3. Kryteria wyłączenia z terapii skojarzonej z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu albo terapii skojarzonej z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu albo terapii skojarzonej enkorafenibem z binimetynibem**

- 1) Kliniczna lub potwierdzona obrazowo progresja choroby;
- 2) Utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria) z wyjątkiem wtórnych nowotworów skóry;
- 3) Obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG;
- 4) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta;
- 5) Nadwrażliwość na leki lub na substancje pomocnicze;
- 6) Rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na leczenie.

#### **4. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych w ramach innego sposobu finansowania terapii**

- 1) Do programu włącza się pacjentów uprzednio leczonych niwolumabem, lub pembrolizumabem, lub terapią skojarzoną niwolumabu z ipilimumabem, lub terapią niwolumabem lub pembrolizumabem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, lub terapią skojarzoną z zastosowaniem wemurafenibu oraz kobimetynibu, lub terapią skojarzoną z zastosowaniem dabrafenibu oraz trametynibu, lub terapią dabrafenibem i trametynibem w uzupełniającym leczeniu czerniaka, lub terapią skojarzoną enkorafenibem z binimetynibem, w ramach innego sposobu finansowania terapii w celu zapewnienia kontynuacji terapii, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili stosowne kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1. oraz nie spełniają przeciwwskazań do leczenia oraz kryteriów wyłączenia wskazanych w punkcie 3, a łączny czas leczenia od rozpoczęcia terapii jest nie dłuższy niż wskazano w punkcie 2.

**LECZENIE CHORYCH NA WCZESNODZIECIĄCĄ POSTAĆ CYSTYNOZY NEFROPATYCZNEJ (ICD-10: E 72.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej &gt; 2 nmol/mg białka komórkowego;</li> <li>2) aktualnie lub w wywiadzie cechy tubulopatii (tj. zespół Fanconi-de Toni-Debre) potwierdzające rozpoznanie cystynozy nefropatycznej.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii. Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>	<p><b>1. Dawkowanie cysteaminy</b></p> <p>Zalecana dawka dobową cysteaminy u dzieci poniżej 12 lat wynosi 1,3 g/m<sup>2</sup> powierzchni ciała /dobę. U pacjentów powyżej 12 lat i o masie ciała powyżej 50 kg zalecana dawka dobową leku wynosi 2 g. Preparat podaje się doustnie, cztery razy na dobę, w równych dawkach podzielonych co 6 h. Dawka początkowa powinna stanowić 1/4 do 1/6 zalecanej dawki i być stopniowo zwiększana przez okres 4-6 tygodni, w celu uniknięcia nietolerancji preparatu. W przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, dopuszcza się zwiększenie w/w dawki leku, ale nie przekraczającej 1,95 g/m<sup>2</sup> powierzchni ciała/dobę.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, magnezu, fosforu, kwasu moczowego, białka całkowitego, albumin, transaminaz (ASPART, ALAT) w surowicy krwi na czczo;</li> <li>4) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z GFR&lt;60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki);</li> <li>5) gazometria krwi żyłnej;</li> <li>6) badanie ogólne moczu;</li> <li>7) stężenie TSH, fT4;</li> <li>8) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała;</li> <li>9) USG jamy brzusznej;</li> <li>10) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR;</li> <li>11) konsultacja neurologiczna;</li> <li>12) konsultacja endokrynologiczna;</li> <li>13) konsultacja psychologiczna, u starszych dzieci z oceną ilorazu inteligencji;</li> </ol>

### 3. Kryteria wyłączenia

- 1) wystąpienie nadwrażliwości na cysteaminę lub substancje pomocnicze;
- 2) wystąpienie objawów nietolerancji na cysteaminę, uniemożliwiające dalsze leczenie;
- 3) nadwrażliwość na penicylaminę;
- 4) karmienie piersią;
- 5) ciąża;
- 6) rezygnacja pacjenta lub jego opiekunów prawnych;
- 7) znaczna progresja choroby, pojawiająca się pomimo zastosowanego leczenia.

14) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż.;

15) konsultacja dermatologiczna;

16) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym).

### 2. Monitorowanie leczenia

#### 2.1. Raz na 90 dni:

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) stężenie kreatyniny, glukozy, cholesterolu, sodu, potasu, chloru, wapnia, magnezu, fosforu w surowicy krwi na czczo;
- 3) stężenie kreatyniny, wapnia, magnezu, fosforu w porannej porcji moczu (nie dotyczy pacjentów z  $GFR < 60$  ml/min/1,73 m<sup>2</sup> powierzchni ciała oraz pacjentów po przeszczepie nerki);
- 4) gazometria krwi żyłnej;
- 5) badanie ogólne moczu;
- 6) ocena parametrów rozwojowych: wysokość, masa ciała, powierzchnia ciała;
- 7) stężenie hemicystyny (cystyny) w leukocytach krwi obwodowej;
- 8) konsultacja nefrologiczna z oceną eGFR.

#### 2.2. Raz na 180 dni:

- 1) stężenie TSH, fT4;
- 2) konsultacja okulistyczna (badanie przedniego odcinka oka w lampie szczelinowej lub mikroskopem konfokalnym) – dotyczy pacjentów leczonych cysteaminą jedynie w postaci doustnej.

#### 2.3. Raz na 365 dni:

- 1) USG jamy brzusznej;
- 2) konsultacja neurologiczna;

- 3) konsultacja endokrynologiczna;
- 4) konsultacja psychologiczna;
- 5) konsultacja gastrologiczna;
- 6) konsultacja pulmonologiczna z badaniem spirometrycznym u pacjentów > 10 r.ż.

### **3. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.



**LECZENIE PIERWOTNYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI (PNO) U PACJENTÓW DOROSŁYCH (ICD-10: D 80 w tym D 80.0, D 80.1, D 80.3, D 80.4, D 80.5, D 80.6, D 80.8, D 80.9; D81.9; D 82 w tym: D 82.0, D 82.1, D 82.3, D 82.8, D 82.9; D 83 w tym: D 83.0, D 83.1, D 83.8, D 83.9; D 89.9)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria włączenia do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie pierwotnego niedoboru odporności wymagającego (zgodnie z obowiązującymi kryteriami) terapii substytucyjnej z wykorzystaniem preparatów immunoglobulin (Ig), potwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej;</li> <li>2) wykluczenie innych przyczyn zaburzeń odporności;</li> <li>3) stężenie IgG poniżej dolnej granicy normy dla wieku (z wyjątkiem D80.3 i D80.6);</li> <li>4) wiek <math>\geq</math> 18 lat.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach programu lekowego lub w ramach jednorodnych grup pacjentów (JGP)</b></p> <p>Do programu włączani są również pacjenci, którzy uprzednio byli leczeni przetoczeniami immunoglobulin w ramach innego programu lekowego lub w ramach JGP, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej z wykorzystaniem Ig spełniali kryteria włączenia do programu.</p>	<p><b>1. Substancja czynna:</b> immunoglobulina ludzka normalna (Ig) lub immunoglobulina ludzka normalna w podaniu z rekombinowaną hialuronidazą ludzką (Ig+rHuPH20)</p> <p><b>2. Sposób podania:</b> dożylnie (IVIg) lub podskórnym (SCIg, fSCIg)</p> <p><b>3. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie, sposób podania i wybór preparatu powinny być ustalone indywidualnie dla każdego pacjenta, w zależności od odpowiedzi na terapię, w aspekcie osiągnięcia odpowiednich parametrów laboratoryjnych oraz zadowalającego stanu klinicznego.</p> <p><b>IVIg</b> (podanie dożylnie) - dawka początkowa od 0,4 do 0,8 g/kg m.c. co 2-4 tygodnie, a następnie co najmniej 0,2 g/kg m.c. co 3-6 tygodni.</p> <p><b>SCIg</b> (podanie podskórne) - dawka początkowa od 0,1 do 0,15 g/kg m.c. w ciągu jednego tygodnia, a następnie dawki</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) poziom IgG, IgA, IgM, IgE w surowicy krwi, ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) poziom glukozy w surowicy krwi;</li> <li>4) oznaczenie w żyłnej krwi obwodowej liczebności subpopulacji oraz ocena funkcji limfocytów, w zależności od wskazań klinicznych;</li> <li>5) ocena funkcji wątroby: poziom aminotransferazy alaninowej (AlAT), aminotransferazy asparaginianowej (AspAT), fosfatazy alkalicznej (ALP) oraz gamma-glutamylotranspeptydazy (GGTP);</li> <li>6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny w surowicy, ocena GFR;</li> <li>7) poziom białka C-reaktywnego (CRP);</li> <li>8) poziom dehydrogenazy mleczanowej (LDH);</li> <li>9) ocena wzrostu, masy ciała oraz ciśnienia tętniczego krwi;</li> </ol>

<p>Jeżeli nie można ocenić, czy w chwili rozpoczęcia terapii substytucyjnej pacjenci spełniali kryteria włączenia do programu, to leczenie można kontynuować w ramach programu lekowego, pod warunkiem, że przeprowadzone badania lub ocena kliniczna pozwolą na potwierdzenie, że chory spełnia kryteria włączenia do programu.</p>	<p>podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.</p>	<p>10) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania zależy od wskazań klinicznych);</p>
<p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p>	<p><b>SCIg+rHuPH20</b> (podanie podskórne) – dawka początkowa 0,4 - 0,8 g/kg m.c./miesiąc w odstępach od 1 -do 6 tygodni, a następnie dawki podtrzymujące w regularnych odstępach czasu tak, aby osiągnąć skumulowaną miesięczną dawkę rzędu co najmniej 0,2 g/kg m.c.; zaleca się aby na początku leczenia odstęp między dawkami stopniowo wydłużać od podawania dawki co tydzień do podawania dawki co 3 lub 4 tygodnie; skumulowaną dawkę miesięczną Ig 10% należy podzielić na 1. tydzień, 2. tydzień itd., zgodnie z planowanymi odstępami między infuzjami produktu leczniczego.</p>	<p>11) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV i HIV metodą PCR;</p> <p>12) badanie wirusologiczne EBV metodą PCR w zależności od wskazania klinicznego.</p>
<p>1) terapia substytucyjna Ig pacjentów zakwalifikowanych do programu jest prowadzona do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia;</p>	<p>Dawkowanie powinno prowadzić do osiągnięcia poziomu IgG w wysokości co najmniej 5,0 g/l (mierzonego w surowicy przed kolejnym podaniem - w przypadku IVIg i fSCIg lub podczas wizyt kontrolnych - w przypadku SCIg i fSCIg).</p>	<p>W przypadku pacjentów nowo zakwalifikowanych do programu lekowego, lecz otrzymujących uprzednio terapię substytucyjną Ig, należy przeprowadzić badania diagnostyczne zgodnie z harmonogramem monitorowania w trakcie programu lekowego.</p>
<p>2) możliwa jest, wynosząca do 6 miesięcy przerwa dotycząca substytucji Ig, niewymagająca ponownej kwalifikacji pacjenta do udziału w programie lekowym. Decyzje odnośnie długości przerwy podejmuje specjalista immunologii klinicznej, na podstawie stanu klinicznego pacjenta oraz wybranych parametrów laboratoryjnych oznaczanych w trakcie monitorowania leczenia;</p>	<p>Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w warunkach szpitalnych, według następującego schematu:</p>	<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) poziom IgG (ew. podklas IgG, w zależności od wskazań klinicznych) w surowicy krwi, mierzony przed kolejnym podaniem IV Ig lub wizytą kontrolną lub wydaniem kolejnej dawki preparatu (w przypadku SCIg), co 1-6 miesięcy oraz po przerwie w terapii substytucyjnej;</p>
<p>3) weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta jest przeprowadzana raz w roku przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej.</p>	<p>1) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku; przed każdą wizytą określany jest poziom IgG,</p> <p>2) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania SCIg lub fSCIg -samodzielnego lub przez opiekuna prawnego,</p> <p>3) pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do</p>	<p>2) liczebność subpopulacji limfocytów w żyłnej krwi obwodowej - w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem, co 3-6 miesięcy;</p> <p>4) poziom glukozy we krwi, co 3-6 miesięcy;</p>
<p><b>4. Kryteria wyłączenia</b></p>		<p>5) ocena funkcji wątroby: poziomy AlAT, AspAT, ALP oraz GGTP, co 3-6 miesięcy;</p>
<p>1) wystąpienie powikłań, stanowiących bezwzględne przeciwwskazanie do substytucyjnego leczenia Ig, stwierdzone przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej</p> <p>lub</p>		<p>6) ocena funkcji nerek: ogólne badanie moczu, poziom kreatyniny, GFR, co 3-6 miesięcy;</p> <p>7) poziom CRP, co 3-6 miesięcy;</p> <p>8) poziom LDH, co 3-6 miesięcy;</p> <p>9) masa ciała na każdej wizycie;</p>

<p>2) negatywna weryfikacja wskazań do dalszej terapii substytucyjnej za pomocą Ig u danego pacjenta przez lekarza specjalistę immunologii klinicznej</p> <p>lub</p> <p>3) brak zgody pacjenta lub jego opiekuna prawnego na kontynuację udziału w programie lekowym.</p>	<p>podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia,</p> <p>4) pacjent otrzymuje preparaty SCIg lub fSCIg (wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury) w ośrodku prowadzącym terapię PNO danego pacjenta,</p> <p>5) preparat do podawania podskórnego może być wydany dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.</p>	<p>10) ciśnienie krwi na każdej wizycie;</p> <p>11) USG, RTG, TK lub MRI: klatki piersiowej, zatok obocznych nosa lub czołowych, jamy brzusznej (rodzaj badania i częstość wykonywania zależą od wskazań klinicznych);</p> <p>12) badania wirusologiczne: HBs-antygen oraz diagnostyka HCV lub HIV metodą PCR, w zależności od wskazań klinicznych do decyzji lekarza prowadzącego;</p> <p>13) badanie wirusologiczne EBV metoda PCR w zależności od wskazania klinicznego.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	---	---

## LECZENIE HORMONEM WZROSTU NISKOROSŁYCH DZIECI URODZONYCH JAKO ZBYT MAŁE W PORÓWNANIU DO CZASU TRWANIA CIĄŻY (SGA lub IUGR) (ICD-10 R 62.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) urodzeniowa masa lub długość ciała poniżej <math>-2</math> SD dla wieku ciążowego i płci dziecka wg. norm populacyjnych;</li> <li>2) wiek <math>&gt; 4</math> lat;</li> <li>3) niskorosłość, tj. wysokość ciała poniżej 3 centyla dla płci i wieku, na siatkach centylowych dla populacji dzieci polskich;</li> <li>4) upośledzone tempo wzrastania, tj. poniżej <math>-1</math> SD w odniesieniu do tempa wzrastania populacji dzieci polskich (wymagany jest co najmniej 6-miesięczny okres obserwacji);</li> <li>5) wiek kostny poniżej 14 lat dla dziewczynki i poniżej 16 lat dla chłopca, oceniany metodą Greulich'a-Pyle;</li> <li>6) wykluczenie innych, aniżeli SGA lub IUGR, przyczyn niskorosłości;</li> <li>7) stężenie hormonu wzrostu <math>\geq 10</math> ng/ml stwierdzone na podstawie 2 spośród 4 testów stymulacji sekrecji tego hormonu lub na podstawie testu nocnego wyrzutu hormonu wzrostu (co najmniej 5 pomiarów stężeń hormonu wzrostu);</li> <li>8) brak przeciwwskazań do terapii hormonem wzrostu stwierdzonych na podstawie wyników TK z kontrastem lub MRI okolicy podwzgórzowo- przysadkowej.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w dawce: 0,48–1,29 IU/kg/tydz. (0,16–0,43 mg/kg/tydz.), optymalnie ok. 0,75 IU/kg/tydz. (0,25 mg/kg/tydz.).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pomiar stężenia IGF-1;</li> <li>2) pomiar stężenia IGFBP3;</li> <li>3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;</li> <li>4) pomiar stężenia glukozy we krwi i odsetka glikowanej hemoglobiny (HbA<sub>1c</sub>);</li> <li>5) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii;</li> <li>6) pomiar stężeń triglicerydów;</li> <li>7) pomiar stężeń całkowitego cholesterolu;</li> <li>8) pomiar frakcji HDL cholesterolu;</li> <li>9) pomiar frakcji LDL cholesterolu;</li> <li>10) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li> <li>11) badanie dna oka;</li> <li>12) pomiar stężenia TSH;</li> <li>13) pomiar stężenia fT<sub>4</sub>;</li> <li>14) pomiar stężenia fT<sub>3</sub>;</li> <li>15) RTG śródreźcza ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego,</li> <li>16) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca);</li> <li>17) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>18) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia</li> </ol>

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

### 2.1 W przypadku wystąpienia któregokolwiek z poniższych kryteriów, po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego ds. Stosowania Hormonu Wzrostu, należy wstrzymać podawanie hormonu wzrostu:

- 1) objawy pseudo-tumor cerebri;
- 2) podejrzenie złuszczenia głowy kości udowej;
- 3) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci.

O wznowieniu leczenia decyduje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu na podstawie wykonanych badań.

### 3. Kryteria wyłączenia

- 1) złuszczenie głowy kości udowej;
- 2) pseudo-tumor cerebri;
- 3) cukrzyca;
- 4) ujawnienie lub wznowa choroby rozrostowej;
- 5) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy;
- 6) niezadowalający efekt leczenia definiowany jako przyrost wysokości ciała świadczeniobiorcy leczonego hormonem wzrostu poniżej 2 cm/rok;
- 7) osiągnięcie wieku kostnego powyżej 14 lat przez dziewczynkę i powyżej 16 lat przez chłopca;
- 8) znacznie nasilone zaburzenia proporcji budowy ciała;
- 9) duże wrodzone wady rozwojowe, upośledzające podstawowe funkcje życiowe;
- 10) aberracje chromosomowe związane ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia chorób rozrostowych;
- 11) podwyższone stężenie IGF-1 w odniesieniu do wieku i płci

konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;

- 19) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego;
- 20) 2 testy spośród 4 testów stymulujących sekrecję hormonu wzrostu:
  - a) test z insuliną,
  - b) test z klonidyną,
  - c) test z glukagonem,
  - d) test z levodopą;
- 21) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (TK z kontrastem lub MRI);
- 22) w uzasadnionych przypadkach (cechy dysmorfii lub wrodzone wady rozwojowe) konsultacja genetyczna, poszerzona o kariotyp lub badanie molekularne;
- 23) USG jamy brzusznej;
- 24) USG serca;
- 25) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.

## 2. Monitorowanie leczenia

### 2.1 Po 90 dniach jednorazowo od rozpoczęcia terapii

- 1) pomiar stężenia IGF-1;
- 2) pomiar stężenia IGFBP3;
- 3) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;
- 4) pomiar ciśnienia tętniczego krwi.

### 2.2 Co 180 dni

- 1) pomiar glikemii na czczo;

<p>stwierdzone przez okres 3 miesięcy po wstrzymaniu terapii hormonem wzrostu.</p>		<ol style="list-style-type: none"> <li>2) określenie odsetka glikowanej hemoglobiny HBA1c;</li> <li>3) pomiar stężenia IGF-1 (w przypadku stwierdzenia podwyższonego stężenia badanie wykonywane co 90 dni);</li> <li>4) pomiar stężenia TSH;</li> <li>5) pomiar stężenia fT<sub>4</sub>;</li> <li>6) pomiar stężenia fT<sub>3</sub>;</li> <li>7) jonogram surowicy krwi (co najmniej pomiar stężenia Na i Ca);</li> <li>8) ocena rozwoju somatycznego, w tym pomiary wysokości i masy ciała, oraz obwodu głowy i klatki piersiowej;</li> <li>9) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li> <li>10) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.</li> </ol> <p><b>2.3 Co 365 dni</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) test obciążenia glukozą, z oceną glikemii i insulinemii;</li> <li>2) pomiar stężenia IGFBP3;</li> <li>3) pomiar stężenia triglicerydów;</li> <li>4) pomiar stężenia całkowitego cholesterolu;</li> <li>5) pomiar frakcji LDL cholesterolu;</li> <li>6) pomiar frakcji HDL cholesterolu;</li> <li>7) w przypadku podwyższonego ciśnienia tętniczego krwi: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badanie dna oka,</li> <li>b) 24-godzinny pomiar ciśnienia tętniczego metodą Holtera;</li> </ol> </li> <li>8) RTG śródreżca, ręki dominującej, z przynasadami kości przedramienia, do oceny wieku kostnego;</li> <li>9) morfologia krwi z rozmazem;</li> </ol>
--	--	--

		<p>10) u świadczeniobiorców poniżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju psychoruchowego;</p> <p>11) u świadczeniobiorców powyżej 7 roku życia konsultacja psychologa z oceną rozwoju intelektualnego;</p> <p>12) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) USG lub RTG stawów biodrowych,</li><li>b) TK lub MRI stawów biodrowych,</li><li>c) konsultacja ortopedyczna;</li></ul> <p>13) w zależności od potrzeb:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) USG jamy brzusznej,</li><li>b) USG klatki piersiowej,</li><li>c) konsultacja ortopedyczna,</li><li>d) konsultacja okulistyczna,</li><li>e) konsultacja neurologiczna,</li><li>f) konsultacja hemato-onkologa,</li><li>g) konsultacja genetyczna,</li><li>h) konsultacja psychologiczna,</li><li>i) TK,</li><li>j) MRI,</li><li>k) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.</li></ul> <p><b>2.4 W przypadku wstrzymania leczenia hormonem wzrostu:</b></p> <p>1) w przypadku wystąpienia objawów pseudo-tumor cerebri:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja okulistyczna,</li><li>b) konsultacja neurologiczna,</li><li>c) jonogram surowicy krwi,</li><li>d) obrazowanie ośrodkowego układu</li></ul>
--	--	--

- nerwowego TK z kontrastem lub MRI;
- 2) w przypadku podwyższonego stężenia IGF-1:
  - a) pomiar stężenia IGF-1 co 90 dni;
- 3) w przypadku podejrzenia złuszczenia głowy kości udowej:
  - a) USG lub RTG stawów biodrowych,
  - b) TK lub MRI stawów biodrowych,
  - c) konsultacja ortopedyczna.

### **3. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.



**LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ LIMFOBLASTYCZNĄ (ICD-10 C91.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<b>I. DAZATYNIB</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia dazatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph+) u dorosłych</b></p> <p><b>1.1.</b> Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną ostrą białaczką limfoblastyczną z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) w wieku 18 lat i powyżej, u których:</p> <p>1) nie uzyskano całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub większej odpowiedzi molekularnej po leczeniu konsolidującym remisję, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu lub</p> <p>2) uzyskano remisję całkowitą lub odpowiedź molekularną w wyniku leczenia obejmującego stosowanie dazatynibu i prowadzone jest leczenie podtrzymujące lub</p> <p>3) wystąpiła hematologiczna remisja całkowita i w badaniu molekularnym lub immunofenotypowym stwierdzono nawrót lub narastanie minimalnej choroby resztkowej, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu lub</p> <p>4) wykonano przeszczepienie komórek krwiotwórczych i przed przeszczepieniem nie uzyskano całkowitej odpowiedzi molekularnej lub</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dazatynib należy podawać w dawce 140 mg na dobę doustnie, do indywidualnej decyzji pozostawia się możliwość modyfikowania dawkowania leku w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) AspAT, AlAT,;</li> <li>3) bilirubina;</li> <li>4) badanie cytologiczne szpiku;</li> <li>5) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne.</li> </ol> <p><b>1.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc leczenia, następnie co 4 tygodnie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi;</li> <li>2) AspAT, AlAT,;</li> <li>3) bilirubina;</li> </ol> <p>Co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące leczenia, następnie co 8-12 tygodni:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie cytologiczne szpiku;</li> </ol>

5) wystąpiła wznowa hematologiczna choroby, jeżeli protokół leczenia nie obejmował dazatynibu

lub

6) wystąpiły objawy nietolerancji imatynibu w trakcie wcześniejszej terapii w stopniu uniemożliwiającym dalsze jego stosowanie

lub

7) stwierdzono pierwotne zajęcie ośrodkowego układu nerwowego (OUN).

Do programu włączani są również pacjenci ze zdiagnozowaną ostrą białaczką limfoblastyczną z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+), którzy uprzednio byli leczeni dazatynibem w ramach chemioterapii niestandardowej oraz nowo zdiagnozowani pacjenci, którzy rozpoczęli terapię w okresie od 1 stycznia 2015 r. do 31 marca 2015 r. i rozpoczynając leczenie spełniali kryteria kwalifikacji do programu.

### **1.2. Określenie czasu leczenia w programie**

1) u chorych niepoddanych transplantacji komórek krwiotwórczych leczenie dazatynibem należy kontynuować do czasu progresji choroby;

2) u chorych poddanych transplantacji komórek krwiotwórczych leczenie dazatynibem należy kontynuować do czasu uzyskania całkowitej odpowiedzi molekularnej, a następnie rozważyć kontynuowanie leczenia przez kolejne dwa lata lub do czasu progresji choroby.

### **1.3. Kryteria wyłączenia z programu**

1) wystąpienie objawów nietolerancji dazatynibu;

2) progresja choroby w trakcie leczenia dazatynibem.

2) badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne.

## II. PONATYNIB

### 2. Leczenie ponatynibem chorych na ostrą białaczkę limfoblastyczną z chromosomem Philadelphia (Ph+) (ICD - 10 91.0)

#### 2.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia ponatynibem ostrej białaczki limfoblastycznej z obecnością chromosomu Filadelfia (Ph+) u dorosłych

Do leczenia kwalifikowani są pacjenci z rozpoznaniem ostrej białaczki limfoblastycznej z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+) w wieku 18 lat i powyżej, u których:

1) nie uzyskano całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję lub remisji cytogenetycznej po leczeniu konsolidującym remisję lub stwierdzono utrzymywanie się dodatniej minimalnej choroby resztkowej w badaniu molekularnym po leczeniu konsolidującym remisję, pomimo stosowania dazatynibu

lub

2) wystąpiła wznowa hematologiczna lub progresja molekularna pomimo stosowania dazatynibu

lub

3) na dowolnym etapie leczenia stwierdzono nietolerancję dazatynibu uniemożliwiającą jego dalsze stosowanie

lub

4) na dowolnym etapie leczenia stwierdzono wystąpienie mutacji T315I genu BCR-ABL

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni ponatynibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

#### 2.2. Określenie czasu leczenia w programie

### 2. Dawkowanie

Ponatynib należy stosować w dawce 45 mg na dobę doustnie. Do indywidualnej decyzji pozostawia się możliwość redukcji dawkowania leku w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego.

### 2. Badania

#### 2.1. Badania przy kwalifikacji

- 1) morfologia krwi z rozmazem,
- 2) AspAT, AlAT,
- 3) bilirubina,
- 4) lipaza,
- 5) lipidogram (cholesterol całkowity, trójglicerydy, HDL, LDL)
- 6) badanie cytologiczne szpiku,
- 7) badanie molekularne PCR metodą jakościową lub ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne;

#### 2.2. Monitorowanie leczenia

Co 2 tygodnie przez pierwszy miesiąc leczenia, następnie co 4 tygodnie:

- 1) morfologia krwi,
- 2) AspAT, AlAT,
- 3) bilirubina,
- 4) lipaza,
- 5) trójglicerydy, cholesterol całkowity, cholesterol-HDL i -LDL - tylko u chorych z wyjściowo nieprawidłowym wynikiem

Co 4 tygodnie przez pierwsze dwa miesiące leczenia, następnie co 8-12 tygodni:

- 1) badanie cytologiczne szpiku,

<p>1) u wszystkich chorych leczonych ponatynibem należy dążyć do wykonania możliwie szybko transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych od dawcy rodzinnego lub niespokrewnionego; leczenie ponatynibem należy zakończyć przed transplantacją,</p> <p>2) w przypadku braku dawcy lub przeciwwskazań do transplantacji allogenicznych macierzystych komórek krwiotwórczych leczenie należy kontynuować do czasu progresji choroby.</p> <p><b>2.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) u chorych włączonych z powodu oporności na dazatynib lub nawrotu hematologicznego – brak całkowitej remisji po 3 miesiącach leczenia ponatynibem,</p> <p>2) wystąpienie objawów nietolerancji ponatynibu zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego,</p> <p>3) progresja choroby w trakcie leczenia ponatynibem.</p>		<p>2) badanie molekularne PCR metodą ilościową na obecność BCR-ABL we krwi lub szpiku lub badanie cytogenetyczne.</p>
<p><b>III. BLINATUMOMAB – MINIMALNA CHOROBA RESZTKOWA (MRD)</b></p>		
<p><b>3. Kryteria kwalifikacji do leczenia blinatumomabem pacjentów z chorobą resztkową w ostrej białaczce limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Philadelphia</b></p> <p><b>3.1.</b> Do leczenia kwalifikowani są dorośli chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B bez obecności genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Philadelphia i z ekspresją antygenu CD19, w pierwszej lub drugiej całkowitej remisji ze stwierdzoną minimalną chorobą resztkową większą lub równą 0,1%, w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej <math>10^{-4}</math></p> <p>Kryteria kwalifikacji, które muszą być spełnione łącznie:</p> <p>1) ukończony 18 rok życia;</p>	<p><b>3. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie i podawanie leku należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p>	<p><b>3. Badania</b></p> <p><b>3.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) ocena minimalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej <math>10^{-4}</math>;</p> <p>2) wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego i mikroskopowego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN w momencie kwalifikacji do programu.</p>

- 2) obecność limfoblastów z ekspresją CD19 przy rozpoznaniu;
- 3) brak uprzedniej transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych;
- 4) zastosowane co najmniej 3 schematy standardowego leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej (przez schemat rozumie się 1-szy, 2-gi cykl leczenia indukującego, 1-szy, 2-gi, 3-ci cykl leczenia konsolidującego oraz cykle reindukujące według obowiązującego protokołu leczenia PALG);
- 5) całkowita remisja (zdefiniowana jako obecność < 5% komórek blastycznych w szpiku kostnym, bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych  $\geq$  1000/mikrolitr, płytki krwi  $\geq$  50 000/mikrolitr i stężenie hemoglobiny  $\geq$  9 g/dl);
- 6) obecność minimalnej choroby resztkowej lub jej nawrót (definiowane jako MRD  $\geq 10^{-3}$ ).

Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu i u których nie ma przeciwwskazań do wykonania transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy.

### 3.2. Określenie czasu leczenia w programie

U chorych stosuje się jeden cykl leczenia

Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Jeśli po wystąpieniu zdarzenia niepożądanego leczenie przerwano na czas nieprzekraczający 7 dni, należy wznowić ten sam cykl leczenia tak, aby ukończyć podawanie infuzji w ciągu 28 dni łącznie, wliczając w to dni przed przerwaniem i po przerwaniu cyklu. Jeśli przerwa spowodowana zdarzeniem niepożądanym trwała dłużej niż 7 dni, należy rozpocząć nowy cykl. Jeśli objawy toksyczności nie ustąpią w ciągu 14 dni, należy definitywnie zakończyć podawanie produktu.

### 3.3. Kryteria wyłączenia z programu

Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w

### 3.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem

Po cyklu leczenia:

- 1) morfologia krwi;
- 2) ocena minimalnej choroby resztkowej w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej  $10^{-4}$ .

Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 14 dni		
<b>IV. BLINATUMOMAB</b>		
<p><b>4. Leczenie blinatumomabem ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Filadelfia u dorosłych</b></p> <p><b>4.1. Kryteria kwalifikacji do leczenia</b></p> <p>Do leczenia kwalifikowani są dorośli (<math>\geq 18</math> lat) chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B bez obecności genu <i>BCR-ABL</i> lub chromosomu Philadelphia, u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Brak remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję Brak remisji hematologicznej jest definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <math>\geq 5\%</math>,</li> <li>b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,</li> <li>c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby.</li> </ol> </li> <li>2) Wznowa hematologiczna choroby definiowana jest jako wystąpienie co najmniej jednego z poniższych warunków: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <math>\geq 5\%</math>,</li> <li>b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,</li> <li>c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby,</li> </ol> po okresie remisji tj. stanu, w którym żaden z powyższych warunków nie był spełniony,</li> <li>3) Zakwalifikowanie wcześniej do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie</li> </ol>	<p><b>4. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie i podawanie leku należy prowadzić zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p>	<p><b>4. Badania</b></p> <p><b>4.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi, oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej;</li> <li>2) potwierdzenie obecności komórek białaczkowych w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub immunofenotypowym, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi;</li> <li>3) potwierdzenie pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi;</li> <li>4) wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN.</li> </ol> <p><b>4.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem</b></p> <p>Po pierwszym i drugim cyklu leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi;</li> </ol>

objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Lecniczego, (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7, ale nie dłuższa niż 14 dni). W przypadku tych pacjentów badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego.

Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech zajęcia ośrodkowego układu nerwowego (OUN) i u których nie ma przeciwwskazań do wykonania transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu blinatumomabem.

#### 4.2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) U chorych można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia
- 2) W momencie kwalifikacji do leczenia blinatumomabem, o ile nie było to wykonane wcześniej, należy zlecić badania zmierzające do identyfikacji potencjalnego dawcy komórek krwiotwórczych (zgodnego w zakresie HLA rodzeństwa, dawcy niespokrewnionego lub dawcy haploidentycznego). Celem jest wykonanie allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych po jednym lub dwóch cyklach leczenia blinatumomabem u chorych, którzy uzyskają całkowitą remisję hematologiczną.  
Całkowita remisja hematologiczna jest definiowana jako spełnienie wszystkich poniższych warunków:
  - a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <5%,
  - b) brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,
  - c) brak pozaszpikowych ognisk choroby.

(UWAGA: przy definiowaniu całkowitej remisji w programie nie bierze się pod uwagę normalizacji parametrów morfologii krwi, nie wpływa to bowiem na kwalifikację chorego do allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych).

Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Lecniczego.

- 2) odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej;
- 3) ocena obecności komórek białaczkowych w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub immunofenotypowym, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi;
- 4) ocena pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi.

<p><b>4.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni;</li> <li>2) Brak remisji hematologicznej po pierwszym cyklu leczenia blinatumomabem. Brak remisji hematologicznej jest definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) odsetek komórek blastycznych w szpiku <math>\geq 5\%</math>,</li> <li>b) obecność komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,</li> <li>c) obecność pozaszpikowych ognisk choroby.</li> </ol> </li> <li>3) Karmienie piersią.</li> </ol>		
<p><b>V. INOTUZUMAB OZOGAMYCYNY</b></p>		
<p><b>5. Kryteria kwalifikacji do leczenia inotuzumabem ozogamycyny ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B z lub bez chromosomu Filadelfia (Ph) u dorosłych</b></p> <p><b>5.1.</b> Do leczenia kwalifikowani są dorośli (<math>\geq 18</math> lat) chorzy na ostrą białaczkę limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B, z ekspresją antygenu CD22 <math>&gt;1\%</math>, w stanie sprawności 0-2 wg ECOG:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) bez chromosomu Filadelfia (Ph-), u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję,</li> <li>b) wznowa hematologiczna choroby;</li> </ol> </li> <li>2) z chromosomem Filadelfia (Ph+), u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków:</li> </ol>	<p><b>5. Dawkowanie</b></p> <p>Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p>	<p><b>5. Badania</b></p> <p><b>5.1.</b> Badania przy kwalifikacji</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) AspAT, AlAT;</li> <li>3) Bilirubina;</li> <li>4) Kreatynina;</li> <li>5) APTT, PT, fibrynogen;</li> <li>6) Badanie cytologiczne szpiku kostnego;</li> <li>7) Badanie immunofenotypowe szpiku lub krwi metodą cytometrii przepływowej w tym ocena ekspresji CD22;</li> <li>8) Badanie histopatologiczne lub cytomorfologiczne lub immunofenotypowe</li> </ol>



- a) brak całkowitej remisji hematologicznej po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR/ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji,
- b) wznowa hematologiczna choroby po leczeniu przynajmniej dwoma inhibitorami kinazy tyrozynowej BCR/ABL, w tym przynajmniej jednym inhibitorem II lub III generacji.

### 5.2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) U chorych, u których planowane jest leczenie za pomocą transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych można zastosować maksymalnie trzy cykle leczenia.
- 2) U chorych, u których nie jest planowane leczenie za pomocą transplantacji allogenicznych komórek krwiotwórczych można zastosować maksymalnie sześć cykli leczenia.

### 5.3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Wystąpienie objawów nietolerancji inotuzumabu ozogamycyny
- 2) Karmienie piersią
- 3) Progresja w trakcie leczenia inotuzumabem ozogamycyny
- 4) Brak remisji całkowitej (CR) lub remisji całkowitej z niepełną regeneracją hematopojezy (CRi) po 3 cyklach leczenia

materiału tkankowego innego niż szpik lub krew, jeżeli stwierdza się pozaszpikowe nacieki białaczkowe, a nie stwierdza się zajęcia szpiku lub obecności komórek białaczkowych w krwi.

### 5.2. Monitorowanie leczenia inotuzumabem ozogamycyny

**A.** W czasie pierwszego cyklu leczenia co najmniej raz w tygodniu:

- 1) Morfologia krwi
- 2) AspAT, AlAT
- 3) Bilirubina

**B.** Przed rozpoczęciem drugiego i kolejnych cykli leczenia, a następnie co najmniej raz w tygodniu w czasie drugiego i kolejnych cykli leczenia:

- 1) Morfologia krwi
- 2) AspAT, AlAT
- 3) Bilirubina

**C.** Po każdym cyklu leczenia:

- 1) Badanie cytologiczne szpiku kostnego
- 2) Badania obrazowe pozaszpikowych lokalizacji nacieków białaczkowych, jeżeli przy kwalifikacji do leczenia inotuzumabem ozogamycyny stwierdzono pozaszpikowe nacieki i były one widoczne w badaniach obrazowych.

## VI BLINATUMOMAB (DZIECI)

### 6. Kryteria kwalifikacji do leczenia blinatumomabem ostrej białaczki limfoblastycznej z komórek prekursorowych limfocytów B bez chromosomu Philadelphia u dzieci

**6.1.** Do leczenia kwalifikowane są dzieci ( $\geq 1$  r.ż.) z ostrą białaczką limfoblastyczną z komórek prekursorowych limfocytów B bez obecności genu *BCR-ABL* lub chromosomu Philadelphia i z ekspresją antygenu CD19, u których spełniony jest przynajmniej jeden z warunków:

1) brak remisji hematologicznej po leczeniu indukującym remisję, niezależnie od linii leczenia definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków:

- a) odsetek komórek blastycznych w szpiku  $\geq 5\%$ ,
- b) obecność pozaszpikowych ognisk choroby;

2) Wystąpienie wznowy hematologicznej lub brak molekularnej remisji choroby (MRD  $> 10^{-4}$  po wcześniejszym zastosowaniu co najmniej dwóch schematów leczenia)

3) Wystąpienie wznowy hematologicznej po wcześniejszej allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych

4) Wcześniejsza kwalifikacja do leczenia w ramach niniejszego programu lekowego i wyłączenie czasowo z leczenia ze względu na wystąpienie objawów nietolerancji, zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego, (przerwa w leczeniu trwająca więcej niż 7, ale nie dłuższa niż 14 dni). W przypadku tych pacjentów badania do kwalifikacji powinny zostać wykonane zgodnie z decyzją lekarza prowadzącego.

Do programu kwalifikowane są również niemowlęta i dzieci do 1. roku życia z wrodzoną ostrą białaczką limfoblastyczną, w przypadku wznowy lub braku molekularnej remisji choroby.

Do programu są kwalifikowani wyłącznie chorzy bez cech aktywnej choroby ośrodkowego układu nerwowego (OUN) w momencie kwalifikacji do programu i u

### 6. Dawkowanie

Masa ciała pacjenta większa lub równa 45 kg (stała dawka):

1 cykl:

dni 1-7: 9 mikrogramów/ dobę w ciągłej infuzji,

dni 8-28: 28 mikrogramów/ dobę w ciągłej infuzji,

dni 29-42: 14 dniowa przerwa w leczeniu

2 cykl:

dni 1-28: 28 mikrogramów/ dobę w ciągłej infuzji

Masa ciała pacjenta poniżej 45 kg (dawka oparta na pc.):

1 cykl:

dni 1-7: 5 mikrogramów/ m<sup>2</sup> pc./dobę w ciągłej infuzji (nie przekraczać 9 mikrogramów/ dobę),

dni 8-28: 15 mikrogramów/ m<sup>2</sup> pc./dobę w ciągłej infuzji (nie przekraczać 28 mikrogramów/ dobę),

dni 29-42: 14 dniowa przerwa w leczeniu

2 cykl:

dni 1-28: 15 mikrogramów/ m<sup>2</sup> pc./dobę w ciągłej infuzji (nie przekraczać 28 mikrogramów/ dobę)

W przypadku pacjentów poniżej 1. roku życia dawkowanie i podawanie leku zgodnie ze schematem określonym w ChPL w leczeniu dzieci i młodzieży od 1. roku życia aktualną na dzień

### 6. Badania

#### 6.1. Badania przy kwalifikacji

1) Odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku i/albo we krwi, oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej. Ocena minimalnej choroby w badaniu próbki z biopsji szpiku kostnego metodą cytometrii przepływowej lub reakcji łańcuchowej polimerazy o czułości co najmniej  $10^{-4}$ ;

2) Potwierdzenie obecności komórek białaczkowych z ekspresją CD19 w materiale tkankowym innym niż szpik lub krew, w badaniu histopatologicznym lub cytomorfologicznym lub immunofenotypowym, jeżeli nie stwierdza się zajęcia szpiku ani obecności komórek białaczkowych we krwi;

3) Wykluczenie zajęcia OUN na podstawie badania ogólnego i mikroskopowego płynu mózgowo-rdzeniowego lub badań obrazowych OUN w momencie kwalifikacji do programu.

#### 6.2. Monitorowanie leczenia blinatumomabem

Leczenie będzie prowadzone w warunkach szpitalnych.

Po pierwszym i drugim cyklu leczenia:

1) Morfologia krwi;

<p>których nie ma przeciwwskazań do wykonania allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych w przypadku identyfikacji dawcy i uzyskania całkowitej remisji po leczeniu blinatumomabem.</p> <p><b>6.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) U chorych można zastosować maksymalnie dwa cykle leczenia;</li><li>2) W momencie kwalifikacji do leczenia blinatumomabem, o ile nie było to wykonane wcześniej, należy zlecić badania zmierzające do identyfikacji potencjalnego dawcy komórek krwiotwórczych (zgodnego w zakresie HLA rodzeństwa, dawcy niespokrewnionego lub dawcy haploidentycznego). Celem jest wykonanie allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych po jednym lub dwóch cyklach leczenia blinatumomabem u chorych, którzy uzyskają całkowitą remisję.</li></ol> <p>Całkowita remisja jest definiowana jako spełnienie wszystkich poniższych warunków:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>a) odsetek komórek blastycznych w szpiku &lt;5%,</li><li>b) brak komórek blastycznych we krwi, wykrywanych metodą cytologiczną,</li><li>c) brak pozaszpikowych ognisk choroby.</li></ol> <p>(UWAGA: przy definiowaniu remisji w programie nie bierze się pod uwagę normalizacji parametrów morfologii krwi, nie wpływa to bowiem na kwalifikację chorego do allogenicznej transplantacji komórek krwiotwórczych)</p> <p>Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p><b>6.3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) Wystąpienie objawów nietolerancji blinatumomabu, wskazanych w Charakterystyce Produktu Leczniczego, wiążących się z przerwą w leczeniu dłuższą niż 7 dni;</li><li>2) Brak remisji po pierwszym cyklu leczenia blinatumomabem, definiowany jako spełnienie co najmniej jednego z poniższych warunków:</li></ol>	wydania decyzji.	<ol style="list-style-type: none"><li>2) Odsetek limfoblastów z ekspresją CD19 w szpiku oceniany badaniem immunofenotypowym metodą cytometrii przepływowej;</li><li>3) Ocena pozaszpikowych ognisk choroby w badaniach obrazowych, jeżeli były stwierdzone przy rozpoznaniu wznowy.</li></ol>
--	------------------	---

- a) odsetek komórek blastycznych w szpiku  $\geq 5\%$ ,
- b) obecność pozaszpikowych ognisk choroby.

## VII. TISAGENLECLEUCEL

### 7. Kryteria kwalifikacji do leczenia tisagenlecleucelem

Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. CAR-T powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.

**7.1.** Do leczenia kwalifikowani są pacjenci w wieku do 25 lat z nawrotową/oporną ostrą białaczką limfoblastyczną (ALL) z komórek B, u których spełniony jest co najmniej jeden z poniższych warunków (7.1.1-7.1.5) oraz wszystkie kryteria funkcjonalne (punkt 7.1.6):

- 1) drugi lub kolejny nawrót w szpiku kostnym;
- 2) nawrót (w szpiku kostnym) po przeszczepieniu allogenicznych krwiotwórczych komórek macierzystych (allo-HSCT) i po co najmniej 4 miesiącach przerwy pomiędzy allo-HSCT a podaniem tisagenlecleucelu;
- 3) pierwotna oporność na leczenie definiowana jako nieosiągnięcie całkowitej remisji (CR) po 2 cyklach standardowej chemioterapii lub chemiooporność definiowana jako nieosiągnięcie CR po jednym cyklu leczenia reindukującego stosowanego w nawrocie ALL;
- 4) ALL z obecnym chromosomem Philadelphia z nietolerancją lub z niepowodzeniem co najmniej dwóch linii leczenia inhibitorami kinazy tyrozynowej (TKI) albo przeciwskazania do terapii TKI;
- 5) brak kwalifikacji do allo-HSCT ze względu na choroby współistniejące, przeciwwskazania do leczenia kondycjonującego przed allo-HSCT, brak odpowiedniego dawcy lub wcześniejsze allo-HSCT.

### 7. Dawkowanie

Schemat dawkowania tisagenlecleucelu zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.

Tisagenlecleucel musi być podawany w wykwalifikowanym ośrodku posiadającym certyfikację Podmiotu Odpowiedzialnego zgodnie z wymogami EMA oraz akceptację MZ po pozytywnej opinii Krajowej Rady Transplantacyjnej odnośnie pobierania i wykorzystania autologicznych limfocytów. Terapię należy rozpoczynać pod nadzorem fachowego personelu medycznego doświadczonego w leczeniu nowotworów układu krwiotwórczego i chłonnego oraz przeszkolonego w podawaniu i postępowaniu z pacjentami leczonymi tisagenlecleucelem.

### 7.1. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania, przechowywania, przygotowania i usuwania produktu leczniczego

Postępowanie zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.

### 7. Badania

#### 7.1. Badania przy kwalifikacji do programu lekowego:

- 1) badanie fizykalne i ocena objawów ze strony centralnego układu nerwowego;
- 2) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;
- 3) ocena funkcji wątroby (AlAT, AspAT, stężenie bilirubiny w surowicy);
- 4) ocena funkcji nerek (stężenie kreatyniny w surowicy i klirens kreatyniny);
- 5) ocena cytologiczna, cytometryczna wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych i/lub molekularna aspiratu szpiku kostnego dokumentująca oporność/nawrót choroby;
- 6) ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);
- 7) badania obrazowe centralnego układu nerwowego (CT lub NMR)
- 8) test ciążowy (u kobiet z możliwością zajścia w ciążę);
- 9) test na HIV (przeciwciała anti-HIV w surowicy);
- 10) oznaczenie markerów wirusa zapalenia

**6) kryteria funkcjonalne pacjenta muszą być spełnione łącznie:**

- a) prawidłowa funkcja nerek (klirens kreatyniny powyżej 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> albo stężenie kreatyniny w surowicy w normie według wieku i płci);
- b) aktywność aminotransferazy alaninowej ≤ 5 razy powyżej górnej granicy normy dla wieku;
- c) stężenie bilirubiny <2,0 mg/dl;
- d) funkcja skurczowa lewej komory ≥28% potwierdzona przez echokardiogram lub frakcja wyrzutowa lewej komory ≥45% potwierdzona za pomocą echokardiogramu;
- e) stan sprawności wg skali Karnofsky'ego (wiek ≥16 lat) lub Lansky'ego (wiek <16 lat) ≥50;
- f) przewidywany czas przeżycia pacjenta co najmniej 12 tygodni od momentu kwalifikacji do programu.

**7.2. Określenie czasu leczenia w programie**

U chorych można zastosować jedno przetoczenie CAR-T (tj. podanie tisagenlecleucelu). Maksymalny czas opieki w ramach programu lekowego wynosi 12 miesięcy od dnia podania CAR-T.

**7.3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) wystąpienie nieodwracalnych, bezwzględnych przeciwwskazań do podania tisagenlecleucelu.

**7.4. Przeciwwskazania do włączenia do programu:**

- 1) ciąża lub karmienie piersią;
- 2) izolowana pozaszpikowa wznowa ALL
- 3) zajęcie ośrodkowego układu nerwowego przez ALL;
- 4) aktywne niekontrolowane zakażenie systemowe;
- 5) zakażenie HIV;

wątroby typu B (HBsAg, anty-HBc, anty-HBs – w przypadku dodatnich anty-HBc wykonać HBV DNA);

- 11) oznaczenie markerów wirusa zapalenia wątroby typu C (anty-HCV, HCV RNA – w przypadku dodatnich anty-HCV);
- 12) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (PT, aPTT, INR, fibrynogen, D-dimery)
- 13) oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG;
- 14) EKG i ECHO/MUGA.

**7.2. Badania bezpośrednio przed podaniem tisagenlecleucelu**

- 1) białka ostrej fazy (CRP, ferrytyna);
- 2) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (jak wyżej);
- 3) ocena funkcji nerek (jak wyżej);
- 4) ocena funkcji wątroby (jak wyżej);
- 5) ocena cytologiczna i cytometryczna (wraz z potwierdzeniem obecności antygenu CD19 na blastach białaczkowych) aspiratu szpiku bezpośrednio przed podaniem tisagenlecleucelu (badanie można pominąć, jeśli od wykonania biopsji aspiracyjnej szpiku przy kwalifikacji do programu upłynęło mniej niż 3 tygodnie).

**7.3. Badania w dniu następnym po podaniu tisagenlecleucelu:**

- 1) oznaczenie parametrów krzepnięcia krwi (PT,

<p>6) aktywne wirusowe zapalenie wątroby typu B,C;</p> <p>7) współistnienie wrodzonych chorób genetycznych przebiegających z upośledzoną czynnością szpiku, takich jak niedokrwistość Fanconiego, zespół Kostmanna, zespół Schwachmana-Diamonda i innych</p> <p>8) przewlekła choroba przeszczep przeciw gospodarzowi (GvHD) w stopniu 2-4</p> <p>9) obecność przeciwwskazań do stosowania chemioterapii limfodeplecyjnej z zastosowaniem takich leków, jak: fludarabina i cyklofosfamid lub cytarabina i etopozyd.</p>		<p>aPTT, INR, fibrynogen);</p> <p>2) morfologia krwi obwodowej;</p> <p>3) dodatkowo w sytuacji podejrzenia wystąpienia zespołu uwalniania cytokin (CRS): CRP, ferrytyna, LDH, D-dimer,</p> <p><b>7.4. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>A. Monitorowanie bezpieczeństwa po podaniu CAR-T:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) codzienne monitorowanie pod kątem wystąpienia objawów podmiotowych i przedmiotowych CRS.</li> <li>2) w przypadku podejrzenia i/lub wystąpienia CRS należy (w uzasadnionych przypadkach) wykonywać badania: CRP, ferrytyna, fibrynogen, LDH, PT, aPTT, INR oraz D-dimer (przy zaistnieniu innych wskazań wykonywać badania zgodnie z nimi).</li> <li>3) po upływie pierwszych 10 dni od infuzji, o dalszym monitorowaniu pacjenta pod kątem CRS decyduje lekarz.</li> <li>4) morfologia krwi obwodowej i badania biochemiczne (AST, ALT, bilirubina, mocznik, kreatynina, elektrolity) - co najmniej 2 razy w tygodniu w ciągu pierwszych 2 tygodni od podania leku, a następnie w zależności od sytuacji klinicznej;</li> </ol> <p>B. Monitorowanie skuteczności terapii:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) W pierwszym roku od podania</li> </ol>
---	--	--

		<p>tisagenlecleucelu co miesiąc przez pierwsze trzy miesiące, a następnie co 3 miesiące:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>– badanie fizykalne i ocena objawów ze strony centralnego układu nerwowego.</li> </ul> <p>2) W pierwszym roku od podania tisagenlecleucelu co 3 miesiące:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– ocena cytologiczna, cytometryczna i/lub molekularna aspiratu szpiku kostnego;</li> <li>– ocena płynu mózgowo-rdzeniowego (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>– oznaczenie stężenia immunoglobuliny IgG.</li> </ul>
		<p><b>8. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>

**LECZENIE CHORYCH NA PIERWOTNE CHŁONIAKI SKÓRNE T – KOMÓRKOWE (ICD – 10: C 84)****ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO****Część I. BEKSAROTEN W LECZENIU CHORYCH NA ZIARNINIAKA GRZYBIASTEGO LUB ZESPÓŁ SÉZARY’EGO (ICD-10: C 84.0, C 84.1)**

<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria włączenia do programu</b></p> <p>1) Do leczenia beksarotenenem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) wiek <math>\geq</math> 18 lat,</li> <li>b) prawidłowa funkcja wątroby, nerek i szpiku kostnego,</li> <li>c) potwierdzona diagnoza zespołu Sézary’ego (w oparciu o wynik cytometrii) lub ziarniniaka grzybiastego (w oparciu o wynik badania histopatologicznego skóry),</li> <li>d) stadium zaawansowania choroby określone jako I B lub powyżej, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC)</li> </ul> <p>oraz jedno z poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) progresja choroby w trakcie leczenia metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) prowadzonego przez minimum 3 miesiące, potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich lub</li> <li>b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność terapii metotreksatem (MTX) lub interferonem (IFN) w pierwszej linii, lub</li> <li>c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym.</li> </ul>	<p><b>Dawkowanie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Leczenie powinno być prowadzone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</li> <li>2) W ramach programu dopuszczalne jest rozpoczęcie terapii od dawki 150 mg/m<sup>2</sup>p.c./dobę, podawanej przez okres 14 dni, po których należy zwiększyć dawkę do 300 mg/m<sup>2</sup>p.c./dobę.</li> </ul>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) stężenie kreatyniny;</li> <li>3) stężenie glukozy we krwi;</li> <li>4) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT) oraz stężenie bilirubiny całkowitej</li> <li>5) stężenie TSH oraz fT4;</li> <li>6) lipidogram (triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL);</li> <li>7) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub rtg klatki piersiowej i usg jamy brzusznej (maksymalnie do 3 miesięcy przed kwalifikacją)</li> <li>8) EKG z opisem;</li> <li>9) określenie TNMB i mSWAT;</li> <li>10) wykluczenie ciąży - w przypadku kobiet w wieku rozrodczym.</li> </ul> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) Badania przeprowadzane 2 razy w ciągu pierwszych 30 dni terapii oraz 1 raz w każdym kolejnym miesiącu terapii (przy wydawaniu leku): <ul style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi,</li> </ul> </li> </ul>



2) W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń (stosowanie skutecznych niehormonalnych środków antykoncepcyjnych) przez okres leczenia i do 24 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki beksarotenu.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancję czynną lub substancje pomocnicze;
- 2) wystąpienie objawów toksyczności w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO w przypadku, gdy nie dochodzi do poprawy stanu zdrowia lub gdy objawy toksyczne nie ustępują mimo modyfikacji dawkowania albo po odstawieniu leku;
- 3) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji;
- 4) pojawienie się schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia;
- 5) ciąża, okres karmienia piersią.

## 4. Kontynuacja leczenia pacjentów po zakończeniu finansowania w ramach chemioterapii niestandardowej

- 1) Z dniem 1 kwietnia 2018 roku do programu kwalifikowani mogą być pacjenci, których leczenie było finansowane do tego dnia w ramach programu chemioterapii niestandardowej.
- 2) Kwalifikacja, o której mowa w pkt. 1, dotyczy leczenia tą samą substancją czynną, która była finansowana w ramach programu chemioterapii niestandardowej.
- 3) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 nie muszą spełniać w chwili kwalifikacji, innych kryteriów wymaganych do włączenia do programu.

- b) stężenie kreatyniny,
  - c) stężenie glukozy we krwi,
  - d) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT) oraz stężenie bilirubiny całkowitej
  - e) stężenie TSH oraz fT4,
  - f) lipidogram (triglicerydy, cholesterol całkowity, frakcja HDL i LDL),
  - g) wykonanie badań kontrolnych obrazowych - w zależności od potrzeb klinicznych.
- 2) Raz na dwa miesiące należy wypełnić skalę mSWAT.

**Monitorowanie leczenia pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1., powinno być prowadzone jednakowo jak w przypadku pozostałych pacjentów.**

## 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
- 4) W przypadku pacjentów, o których mowa w sekcji Świadczeniobiorcy 4. pkt. 1, nie jest wymagane uzupełnianie danych i informacji w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych.

4) Pacjenci, o których mowa w pkt. 1 kontynuują leczenie w ramach programu do momentu podjęcia decyzji przez lekarza prowadzącego o zakończeniu leczenia danym lekiem.		
<b>Część II. BRENTUKSYMAB VEDOTIN W LECZENIU CHORYCH NA SKÓRNEGO CHŁONIAKA T-KOMÓRKOWEGO (ICD-10: C 84)</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria włączenia do programu</b></p> <p>Do leczenia brentuksymabem vedotin w ramach programu lekowego kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) wiek <math>\geq</math> 18 lat,</li> <li>b) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG,</li> <li>c) pacjenci z potwierdzonym histopatologicznie skórnym chłoniakiem T-komórkowym (ziarniak grzybiasty - MF lub pierwotnie skórnym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek - pcALCL),</li> <li>d) potwierdzona immunohistochemicznie obecność antygenu CD30 w przynajmniej jednej z pobranych biopsji zmian w MF lub jednej biopsji zmian w pcALCL</li> <li>e) stadium zaawansowania choroby określone jako IB lub powyżej w przypadku MF, według stopnia zaawansowania TNMB (klasyfikacja ISCL i EORTC),</li> </ul> <p>oraz jedno z poniższych kryteriów:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) progresja choroby w trakcie wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenenem - w przypadku MF w stadium IB-IIA potwierdzona w trakcie co najmniej dwóch kolejnych wizyt lekarskich lub</li> <li>b) nieakceptowalna (w stopniu 3 lub 4 wg klasyfikacji WHO) oraz nawracająca pomimo modyfikacji dawkowania toksyczność wcześniejszego leczenia systemowego, w tym beksarotenenem - w przypadku MF w stadium IB-IIA lub</li> </ul>	<p><b>Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie brentuksymabu vedotin w terapii skórnej chłoniaka T-komórkowego - zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego aktualną na dzień wydania decyzji.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do terapii brentuksymabem</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe (w tym opcjonalnie badanie dermatologiczne)</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT) oraz stężenie bilirubiny całkowitej;</li> <li>4) stężenie kreatyniny;</li> <li>5) określenie TNMB i mSWAT</li> <li>6) tomografia komputerowa (TK) klatki piersiowej i jamy brzusznej lub rtg klatki piersiowej i usg jamy brzusznej</li> <li>7) udokumentowanie obecności antygenu CD30+ w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym;</li> <li>8) wykluczenie ciąży - w przypadku kobiet w wieku rozrodczym.</li> </ul> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) badania wykonywane przed każdym podaniem leku: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) badanie podmiotowe i przedmiotowe (w tym opcjonalnie badanie dermatologiczne)</li> <li>b) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>c) stężenie kreatyniny;</li> <li>d) aktywność aminotransferaz (AspAT, AlAT), stężenie bilirubiny całkowitej</li> </ul> </li> <li>2) raz na dwa miesiące należy wypełnić skalę mSWAT;</li> </ul>

c) nawrót choroby po okresie remisji wywołanej wcześniejszym leczeniem systemowym, w tym beksarotenem - w przypadku MF w stadium IB-IIA

U chorych na MF w stadium zaawansowania IIB lub wyższym z progresją lub nawrotem choroby można zastosować brentuksymab vedotin niezależnie od rodzaju wcześniejszego leczenia systemowego.

## **2. Określenie czasu leczenia w programie**

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu. Chorzy mogą otrzymać maksymalnie 16 cykli leczenia.

## **3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na brentuksymab vedotin lub którykolwiek ze składników preparatu;
- 2) toksyczność wymagająca przerwania leczenia zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 3) progresja choroby w trakcie leczenia, przy czym w celu potwierdzenia progresji wymagany jest okres dwumiesięcznej obserwacji;
- 4) podanie 16 cykli leczenia;
- 5) pojawienie się schorzeń współistniejących stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia;
- 6) ciąża, okres karmienia piersią.

3) wykonanie badań kontrolnych obrazowych - w zależności od potrzeb klinicznych.

## **3. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## LECZENIE IMMUNOGLOBULINAMI CHORÓB NEUROLOGICZNYCH (ICD-10: G61.8, G62.8, G63.1, G70, G04.8, G73.1, G73.2, G72.4, G61.0, G36.0, M33.0, M33.1, M33.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci, u których przeprowadzono diagnostykę w oparciu o ocenę stanu neurologicznego wg. ustalonych zasad oraz wykluczono inne przyczyny obserwowanych zaburzeń poza wymienionymi poniżej.</p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci z następującymi rozpoznaniem:</p> <p><b>1.1. Przewlekła zapalna polineuropatia demielinizacyjna (CIDP)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzona: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 4 nerwów,</li> <li>b) badaniem płynu mózgowo-rdzeniowego;</li> </ol> </li> <li>2) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwwskazaniach do ich stosowania.</li> </ol> <p><b>1.2. Wieloogniskowa neuropatia ruchowa (MMN)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzona badaniem EMG (wymóg neurografii) co najmniej 6 nerwów;</li> <li>2) w przypadku postępującej niesprawności ruchowej.</li> </ol> <p><b>1.3. Miastenia (MG)</b></p> <p>przy jednoczesnym wystąpieniu jednego z poniższych punktów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) pojemność życiowa niższa lub równa 20ml/kg m.c;</li> <li>2) retencja CO<sub>2</sub> (ciśnienie parcjalne powyżej 45 mmHg);</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie immunoglobuliny dożylniej:</b></p> <p><b>1.1.</b> Pierwsze podanie immunoglobulin w dawce 0,4 g/kg m.c. we wlewie iv., ogółem dawka leku 1-2 g/kg m.c. w ciągu 2-5 dni.</p> <p><b>1.2.</b> Kontynuacja leczenia w zależności od stanu neurologicznego wlewami w dawce 0,4 g/kg m.c. - 2,0 g/kg m.c. na cykl, podanej w ciągu 2-5 dni.</p> <p>W przypadku terapii podtrzymującej MMN, CIDP i miopatii zapalnych dawkowanie ustala się indywidualnie.</p> <p><b>2. Dawkowanie immunoglobuliny podskórnej, posiadającej zarejestrowane wskazania do stosowania w leczeniu immunomodulacyjnym u dorosłych, dzieci i młodzieży (0-18 lat) z przewlekłą zapalną demielinizacyjną polineuropatią (CIDP) jako leczenie podtrzymujące po stabilizacji za pomocą IVIg, u grupy chorych otrzymujących IVIg z ustaloną dawką w ciągu ostatnich 2 lub 3 podań IVIg:</b></p> <p>Leczenie rozpoczyna się 1 tydzień po ostatniej infuzji immunoglobuliny dożylniej. Zalecana dawka podskórna wynosi 0,2 do 0,4 g/kg masy ciała na</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) AIAT;</li> <li>3) AspAT;</li> <li>4) oznaczanie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał;</li> <li>5) proteinogram;</li> <li>6) EMG;</li> <li>7) rezonans magnetyczny;</li> <li>8) badanie płynu mózgowo-rdzeniowego;</li> <li>9) oznaczenie przeciwciał przeciwnowotworowych;</li> <li>10) oznaczenie przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4);</li> <li>11) wzrokowe potencjały wywołane;</li> <li>12) oznaczenie przeciwciał anty-NMDA;</li> <li>13) konsultacja ginekologiczna u kobiet;</li> <li>14) inne badania w kierunku procesów nowotworowych.</li> </ol> <p>O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu w zależności od zespołu klinicznego.</p>

<p>3) spadki saturacji pomimo pełnej suplementacji tlenem SpO<sub>2</sub> poniżej 93%;</p> <p>4) narastanie zaburzeń oddechowych wymagających mechanicznej wentylacji lub narastający zespół opuszkowy;</p> <p>5) brak skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przeciwwskazania do ich stosowania;</p> <p>6) terapia pomostowa przed zabiegiem operacyjnym;</p> <p>7) nasilenie objawów miastonii w okresie ciąży.</p> <p><b>1.4. Zespoły paranowotworowe: zespół miasteniczny Lamberta-Eatona, zapalenie układu limbicznego, polineuropatia ruchowa lub ruchowoczuciowa</b></p> <p>udokumentowane co najmniej dwoma z trzech niżej wymienionych badań dodatkowych:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie przeciwciał przeciwnowotworowych;</li> <li>2) badanie neurofizjologiczne;</li> <li>3) rezonans magnetyczny;</li> <li>4) przy braku skuteczności leczenia kortykosteroidami lub przy występujących przeciwwskazaniach do ich stosowania.</li> </ol> <p><b>1.5. Miopatie zapalne: zapalenie skórno-mięśniowe oraz zapalenie wielomięśniowe</b></p> <p>w przypadku nieskutecznego leczenia kortykosteroidami.</p> <p><b>1.6. Zespół Guillain-Barre</b></p> <p>w przypadku wystąpienia jednego z poniższych objawów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) narastająca niesprawność ruchowa uniemożliwiająca samodzielne chodzenie obserwowana w okresie 2 tygodni od momentu zachorowania;</li> <li>2) narastający niedowład mięśni twarzy;</li> <li>3) dyzartia;</li> <li>4) dysfagia;</li> <li>5) zaburzenia oddechowe.</li> </ol>	<p>tydzień. Początkowa dawka podskórna może być zamieniana w skali 1:1 z poprzednią dawką immunoglobuliny dożylną (obliczaną jako dawka tygodniowa). Tygodniową dawkę można podzielić na mniejsze dawki i podawać wymaganą liczbę razy na tydzień. W przypadku podawania dawki co 2 tygodnie, dawka tygodniowa powinna być podwojona.</p> <p>Może być konieczne dostosowanie dawki w celu osiągnięcia oczekiwanej odpowiedzi klinicznej. Indywidualna odpowiedź kliniczna pacjenta powinna stanowić podstawę do ustalania odpowiedniej dawki.</p> <p>W przypadku pogorszenia stanu klinicznego dawkę można zwiększyć do zalecanej maksymalnej dawki 0,4 g./kg mc. na tydzień.</p> <p>Immunoglobulina podskórna wydawana jest do domu przez placówki realizujące program lekowy.</p> <p>Podanie podskórne może mieć miejsce w warunkach domowych. W takiej sytuacji musi zostać rozpoczęte w placówce realizującej Program Lekowy, warunkach szpitalnych lub ambulatoryjnie, według następującego schematu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pacjent odbywa minimum dwie wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku,</li> <li>b) wizyty mają na celu edukację pacjenta w zakresie podawania immunoglobuliny podskórnej - samodzielnego lub przez opiekuna,</li> <li>c) pacjent lub opiekun pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie sposobu używania sprzętu do podawania leku, techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych i czynności, które należy</li> </ol>	<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Badania przeprowadzane przed pierwszym podaniem immunoglobuliny dożylną:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;</li> <li>3) oznaczenie aktywności ALAT,</li> <li>4) oznaczenie aktywności AspAT;</li> <li>5) proteinogram;</li> <li>6) oznaczenie poziomu immunoglobulin i podklas IgA lub swoistych przeciwciał.</li> </ol> <p><b>2.2. Badania przeprowadzane przed kolejnym podaniem immunoglobuliny dożylną:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;</li> <li>3) oznaczenie aktywności ALAT,</li> <li>4) oznaczenie aktywności AspAT;</li> </ol> <p>oraz</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) inne indywidualnie ustalone przez lekarza.</li> </ol> <p><b>2.3. W przypadku leczenia podtrzymującego CIDP immunoglobuliną podskórną</b></p> <p>każdorazowo przed wydaniem kolejnych dawek leku do terapii domowej należy ocenić wyniki poniższych badań. Decyzję o kontynuacji leczenia podejmuje lekarz na podstawie wyników badań i stanu klinicznego.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie poziomu kinazy kreatynowej;</li> <li>3) oznaczenie aktywności ALAT,</li> <li>4) oznaczenie aktywności AspAT;</li> </ol>
---	--	--

<p><b>1.7. Choroba Devica (NMO)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzona wykonaniem: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) rezonansu magnetycznego mózgu i rdzenia kręgowego,</li> <li>b) badania potencjałów wzrokowych,</li> <li>c) badania przeciwciał przeciwko akwaporynie 4 (AQP4),</li> <li>d) badania płynu mózgowo-rdzeniowego;</li> </ol> </li> <li>2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwwskazaniach do jego zastosowania.</li> </ol> <p><b>1.8. Zapalenie mózgu z przeciwciałami przeciw antygenom neuronalnym</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzone wykonaniem: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) rezonansu magnetycznego mózgu,</li> <li>b) badania płynu mózgowo-rdzeniowego,</li> <li>c) badania poziomu przeciwciał przeciw antygenom neuronalnym;</li> </ol> </li> <li>2) w przypadku nieskuteczności leczenia immunosupresyjnego lub występujących przeciwwskazaniach do jego zastosowania.</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nadwrażliwość na immunoglobuliny lub inny składnik preparatu lub</li> <li>2) nieskuteczność leczenia definiowana jako progresja choroby potwierdzona badaniami klinicznymi lub neurofizjologicznymi pomimo zastosowania trzech cykli leczenia.</li> </ol> <p>W przypadkach wyjątkowych, w których pomimo stwierdzenia obecności przeciwciał przeciwko IgA zachodzi bezwzględna konieczność leczenia immunoglobulinami terapia powinna być prowadzona w Oddziale Intensywnej Terapii.</p>	<p>podjąć w przypadku ich wystąpienia,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>d) pacjent otrzymuje immunoglobulinę podskórną wraz z niezbędnym sprzętem medycznym umożliwiającym podanie preparatu i środkami zabezpieczającymi jałowość procedury w ośrodku prowadzącym terapię danego pacjenta,</li> <li>e) immunoglobulina podskórna może być wydana dla celów terapii domowej na okres substytucji nie przekraczający 3 miesięcy.</li> </ol>	<p>oraz</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>5) inne indywidualnie ustalone przez lekarza.</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>
--	--	--

## LECZENIE PARYKALCYTOLEM WTÓRNEJ NADCZYNNOCI PRZYTARCZYC U PACJENTÓW HEMODIALIZOWANYCH (ICD-10 N25.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek od 18 roku życia;</li> <li>2) wtórna nadczynność przytarczyc;</li> <li>3) długotrwałe leczenie hemodializą z powodu schyłkowej niewydolności nerek;</li> <li>4) przeciwwskazania do zastosowania lub niepowodzenie innych opcji terapeutycznych (np. dla paratyroidektomii);</li> <li>5) stężenie iPTH &gt; 500pg/ml.</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie:</b> Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) osiągnięcie normalizacji wskaźników gospodarki wapniowo - fosforanowej zgodnie z aktualnymi wytycznymi K/DOQI (Kidney Disease Outcome Quality Initiative - US National Kidney Foundation);</li> <li>2) przeszczepienie nerki;</li> <li>3) nadwrażliwość na lek lub substancje pomocnicze;</li> <li>4) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych w trakcie leczenia.</li> </ol>	<p><b>Dawkowanie parykalcytolu:</b> Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</p>	<p><b>1. Monitorowanie leczenia parykalcytolem:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) stężenie iPTH - przez 1-4 tygodnie od rozpoczęcia leczenia, następnie kontrola co 1-3 miesiące;</li> <li>2) stężenie w surowicy Ca x P;</li> <li>3) stężenie wapnia w surowicy;</li> <li>4) stężenie fosforu w surowicy.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie programu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</li> </ol>

## LECZENIE NEOWASKULARNEJ (WYSIĘKOWEJ) POSTACI ZWYRODNIENIA PŁAMKI ZWIĄZANEGO Z WIEKIEM (AMD) (ICD-10: H35.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem afliberceptem</b></p> <p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.</p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT;</li> <li>2) wiek powyżej 45. roku życia;</li> <li>3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego);</li> <li>4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);</li> <li>5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych;</li> <li>6) brak dominującego zaniku geograficznego;</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem afliberceptem</b></p> <p><b>1.1. Dawkowanie afliberceptu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) zalecana dawka afliberceptu wynosi 2 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05ml) na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe;</li> <li>2) leczenie afliberceptem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez trzy kolejne miesiące, a następnie lek podaje się w postaci jednego wstrzyknięcia co 2 miesiące;</li> <li>3) po pierwszych 12 miesiącach leczenia afliberceptem odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć lub skrócić – kolejne dawki podaje się w przypadku pogorszenia się parametrów wzrokowych lub anatomicznych;</li> <li>4) po pierwszych 12 miesiącach leczenia badania kontrolne pacjenta muszą być</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem afliberceptem</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;</li> <li>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);</li> <li>3) fotografia dna oka;</li> <li>4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego;</li> <li>5) w przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu</li> </ol>



<p>7) brak dominującego wylewu krwi;</p> <p>8) przed rozpoczęciem leczenia brak istotnego, trwałego uszkodzenia struktury dołka (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna).</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>1.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszkliskowymi przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:</p> <p>a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne</p> <p>lub</p> <p>b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.</p> <p><b>1.3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>	<p>wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);</p> <p>5) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszkliskowymi przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:</p> <p>a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne</p> <p>lub</p> <p>b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.</p> <p><b>2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem</b></p> <p><b>2.1. Dawkowanie ranibizumabu</b></p> <p>1) zalecana dawka ranibizumabu wynosi 0,5 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe;</p> <p>2) leczenie rozpoczyna się od jednej iniekcji na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności</p>	<p>przedłużającego się okresu obserwacji kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.</p> <p><b>1.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem afliberceptu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni) po pierwszych 12 miesiącach leczenia:</p> <p>a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,</p> <p>b) OCT (optyczna koherentna tomografia),</p> <p>c) opcjonalnie - fotografia dna oka,</p> <p>d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).</p> <p><b>2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;</p> <p>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);</p>
---	--	---

#### 1.4. Kryteria wyłączenia

- 1) nadwrażliwość na aflibercept lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;
- 3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;
- 4) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
- 6) przedarciove odwarstwienie siatkówki lub otwór w plamce 3. lub 4. stopnia;
- 7) progresja choroby definiowana jako:
  - a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości  $< 0,2$  określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiącelub
  - b) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna);
- 8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji afliberceptu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;
- 9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).

#### 2. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem ranibizumabem

Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

choroby tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia;

- 3) następnie odstępy pomiędzy podaniem kolejnych dawek oraz częstotliwość wykonywania badań kontrolnych są ustalane przez lekarza prowadzącego i powinny być uzależnione od aktywności choroby, ocenianej na podstawie ostrości wzroku lub parametrów anatomicznych;
- 4) odstęp pomiędzy wstrzyknięciem dwóch dawek do tego samego oka powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie;
- 5) w przypadku, gdy odstęp między podaniem kolejnych dawek został ustalony na więcej niż 2 miesiące, badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);
- 6) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszkliskowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:
  - a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalnelub
  - b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń

3) fotografia dna oka;

- 4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego;
- 5) w przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.

#### 2.2. Monitorowanie leczenia

- 1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem ranibizumabu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz nie rzadziej niż raz na 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni), jeżeli odstęp między podaniem kolejnych dawek został ustalony na więcej niż 2 miesiące:
  - a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,

Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.

### 2.1. Kryteria kwalifikacji

- 1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT;
- 2) wiek powyżej 45. roku życia;
- 3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego);
- 4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);
- 5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych;
- 6) brak dominującego zaniku geograficznego;
- 7) brak dominującego wylewu krwi.
- 8) przed rozpoczęciem leczenia brak istotnego, trwałego uszkodzenia struktury dołka (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekle tarczowata blizna).

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

### 2.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.

### 3. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem brolicizumabem

#### 3.1. Dawkowanie brolicizumabu

- 1) zalecana dawka brolicizumabu wynosi 6 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05ml) na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe;
- 2) leczenie brolicizumabem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia co 4 tygodnie (miesiąc) (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez trzy kolejne miesiące, a następnie lek podaje się w postaci jednego wstrzyknięcia co 8 tygodni (2 miesiące) (tj. w odstępach co najmniej 56 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu);
- 3) odstęp pomiędzy kolejnymi dawkami leku może zostać wydłużony do 12 tygodni (3 miesiące) (tj. co najmniej 84 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) u pacjentów z brakiem aktywności choroby ocenianej 2 miesiące od serii 3 dawek nasycających leku;
- 4) lekarz prowadzący może następnie indywidualnie ustalać odstępy pomiędzy

- b) OCT (optyczna koherentna tomografia),
- c) opcjonalnie - fotografia dna oka,
- d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia – angiografia indocyjaninowa).

### 3. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia płamki związanego z wiekiem brolicizumabem

#### 3.1. Badania przy kwalifikacji

- 1) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;
- 2) OCT (optyczna koherentna tomografia);
- 3) fotografia dna oka;
- 4) angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa) – w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i przekazać do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówek;
- 5) w przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1,

rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszkliskowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.

### 2.3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.

### 2.4. Kryteria wyłączenia

- 1) nadwrażliwość na ranibizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
  - 2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;
  - 3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;
  - 4) okres ciąży lub karmienia piersią;
  - 5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
  - 6) przedarciowe odwarstwienie siatkówki lub otwór w płamce 3. lub 4. stopnia;
  - 7) progresja choroby definiowana jako:
    - a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości < 0,2 określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące
- lub

dawkami (wydłużać lub skracać minimalnie do 8 tygodni (2 miesiące) (tj. w odstępach co najmniej 56 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) w zależności od aktywności choroby ocenianej na podstawie ostrości wzroku i (lub) parametrów anatomicznych;

5) po pierwszych 12 miesiącach leczenia badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);

6) w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszkliskowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:

a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 - Małe zabiegi witreoretinalne

lub

b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.

### 4. Wstrzymanie podawania leku

Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:

2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu.

### 3.2. Monitorowanie leczenia

1) badania przeprowadzane przed każdym podaniem brolicizumabu (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni); jeżeli odstęp między podaniem kolejnych dawek został ustalony na więcej niż 2 miesiące:

a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,

b) OCT (optyczna koherentna tomografia),

c) opcjonalnie - fotografia dna oka,

d) opcjonalnie - angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa).

### 4. Monitorowanie programu

1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z

<p>b) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna);</p> <p>8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji ranibizumabu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;</p> <p>9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).</p> <p><b>3. Leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem brolocizumabem</b></p> <p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.</p> <p><b>3.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) obecność aktywnej (pierwotnej lub wtórnej), klasycznej, ukrytej lub mieszanej neowaskularyzacji podsiatkówkowej (CNV) zajmującej ponad 50% zmiany w przebiegu AMD potwierdzona w OCT (optycznej koherentnej tomografii) i angiografii fluoresceinowej lub badaniu angio-OCT;</li> <li>2) wiek powyżej 45. roku życia;</li> <li>3) wielkość zmiany mniejsza niż 12 DA (12 powierzchni tarczy nerwu wzrokowego);</li> <li>4) najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);</li> <li>5) zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych;</li> <li>6) brak dominującego zaniku geograficznego;</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) ciśnienie śródgłowe <math>\geq 30</math> mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);</li> <li>2) rozerwanie siatkówki;</li> <li>3) wylew podsiatkówkowy obejmujący centrum dołka siatkówki lub jeśli wielkość wylewu wynosi <math>\geq 50\%</math> całkowitej powierzchni zmiany;</li> <li>4) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgłkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);</li> <li>5) brak aktywności choroby, tj., gdy nie stwierdza się wzrostu wielkości zmiany, nowych krwotoków lub wysięków, nawet jeżeli stale istnieją torbiele śródsiatkówkowe lub kanaliki oznaczające zmiany przewlekłe (podawanie leku można odroczyć w przypadku afliberceptu – od drugiego roku leczenia, a w przypadku ranibizumabu i brolocizumabu – od pierwszego roku leczenia).</li> </ol> <p>O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>5. Zmiana leku podczas leczenia neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem</b></p> <p>W przypadku braku skuteczności dotychczasowej terapii lekarz prowadzący może zmienić dotychczas podawany lek (pod warunkiem</p>	<p>częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</p>
---	--	---



<p>7) brak dominującego wylewu krwi;</p> <p>8) przed rozpoczęciem leczenia brak istotnego, trwałego uszkodzenia struktury dołka (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna).</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>3.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub w programie leczenie neowaskularnej (wysiękowej) postaci zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem (AMD), którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja), lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 8 kryteriów wyłączenia oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie wysiękowej postaci AMD iniekcjami doszkliskowymi przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego:</p> <p>a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w ramach grupy B84 Małe zabiegi witreoretinalne lub</p> <p>b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych</p> <p>- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.</p> <p><b>3.3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p>	<p>niespełnienia kryteriów wyłączenia z programu) na lek z inną substancją czynną finansowaną w ramach programu, jednak nie wcześniej niż po 7 iniekcjach tego samego leku:</p> <p>a) podanych w ramach programu lekowego – w przypadku pacjentów nowych,</p> <p>b) łącznie – w przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu zgodnie z kryteriami włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.</p> <p>Za brak skuteczności terapii należy uznać:</p> <p>1) pogorszenie ostrości wzroku w stosunku do wartości przy kwalifikacji do leczenia, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu;</p> <p>lub</p> <p>2) utrzymującą się lub cyklicznie nawracającą aktywność choroby, tj. płyn podsiatkówkowy lub obrzęk siatkówki, przy braku spełnienia kryterium wyłączenia z programu i gdy nie doszło do nieodwracalnych zmian w plamce w postaci dominującego bliznowacenia lub zaniku.</p> <p>Schemat dawkowania leku po zmianie ustala lekarz prowadzący.</p>	
--	---	--

#### 3.4. Kryteria wyłączenia

- 1) nadwrażliwość na brolicizumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) czynne zakażenie oka lub jego okolic;
- 3) czynne ciężkie zapalenie wnętrza gałki;
- 4) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 5) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
- 6) przedarcie odwarstwienie siatkówki lub otwór w płamce 3. lub 4. stopnia;
- 7) progresja choroby definiowana jako:
  - a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do wartości  $< 0,2$  określonej według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące
  - lub
  - b) obecność trwałego uszkodzenia struktury dołka, która uniemożliwia uzyskanie u pacjenta stabilizacji lub poprawy czynnościowej (istotne uszkodzenie struktury jest zdefiniowane jako obecne zwłóknienie lub atrofia w dołku albo istotna przewlekła tarczowata blizna);
- 8) brak aktywnego leczenia w postaci podawania iniekcji brolicizumabu w okresie 4 miesięcy od podania ostatniej dawki leku;
- 9) brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne).

## LECZENIE PRZEWLEKŁEGO WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU C TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ (ICD-10 B 18.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek <math>\geq</math> 18 r. ż.;</li> <li>2) rozpoznanie przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu C;</li> <li>3) obecność HCV RNA w surowicy krwi lub w tkance wątrobowej;</li> <li>4) obecność przeciwciał anti-HCV;</li> <li>5) stwierdzenie włóknienia wątroby określonego z wykorzystaniem elastografii wątroby wykonanej techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub określonego z wykorzystaniem biopsji wątroby. W przypadku podejrzenia współistnienia chorób wątroby o innej etiologii, niezgodności wyniku badania nieinwazyjnego ze stanem klinicznym chorego lub rozbieżności pomiędzy wynikami różnych badań nieinwazyjnych zalecane jest wykonanie biopsji wątroby (o ile nie jest ona przeciwwskazana), której wynik ma wówczas znaczenie rozstrzygające;</li> <li>6) potwierdzona obecność zakażenia genotypem: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 1 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z ledipaswirem (i ewentualnie rybawiryną), albo</li> <li>b) 1 lub 4 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii grazoprewirem w skojarzeniu z elbaswirem (i ewentualnie rybawiryną), albo</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Sofosbuwir+ledi pas wir i sofosbuwir +welpatas wir</b> w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednimi aktualnymi na dzień wydania decyzji Charakterystykami Produktów Leczniczych.</p> <p><b>Rybawiryneę</b> niezbędną do terapii skojarzonej z sofosbuwirem i ledipaswirem lub sofosbuwirem i welpataswirem, należy stosować zgodnie ze schematem dawkowania określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego zawierającego sofosbuwir+ ledipaswir lub sofosbuwir +welpataswir.</p> <p><b>2. Grazoprewir+elbas wir</b> w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p><b>Rybawiryneę</b> niezbędną do terapii skojarzonej z grazoprewirem i elbaswirem, należy stosować zgodnie ze schematem</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie HCV RNA metodą ilościową;</li> <li>2) morfologia krwi;</li> <li>3) oznaczenie aktywności AlAT;</li> <li>4) oznaczenie stężenia albumin;</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>6) czas lub wskaźnik protrombinowy;</li> <li>7) oznaczenie poziomu kreatyniny;</li> <li>8) oznaczenie przeciwciał anti-HIV;</li> <li>9) oznaczenie antygenu HBs;</li> <li>10) USG jamy brzusznej (jeśli nie było wykonywane w okresie ostatnich 6 miesięcy);</li> <li>11) badanie określające zaawansowanie włóknienia wątroby - elastografia wątroby wykonana techniką umożliwiającą pomiar ilościowy w kPa lub biopsja wątroby (jeśli nie było wykonywane wcześniej);</li> <li>12) oznaczenie genotypu HCV (z podtypem w przypadku genotypu 1) - jeśli nie było wykonywane wcześniej.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p>



- c) 1,2,3,4,5,6 HCV - w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem (i ewentualnie rybawiryną) lub glekaprewirem w skojarzeniu z pibrentaswirem, albo
- d) 1,2,3,4,5,6 HCV – w przypadku kwalifikacji do terapii sofosbuwirem w skojarzeniu z welpataswirem oraz woksylaprewirem w przypadku pacjentów po niepowodzeniu poprzedniej terapii inhibitorami NS5A;
- 7) W przypadku niemożności oznaczenia genotypu z powodu niskiej wiremii należy zastosować lek pangentypowy (glekaprewir/pibrentaswir lub sofosbuwir/welpataswir).

## 2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu

- 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub substancję pomocniczą;
- 2) niestwierdzenie HCV RNA w surowicy lub w tkance wątrobowej przy obecności przeciwciał anti-HCV;
- 3) ciężka niewydolność wątroby (stopień C wg klasyfikacji Child-Pugh) - nie dotyczy kwalifikowania do terapii z użyciem sofosbuwiru w skojarzeniu z ledipaswirem lub welpataswirem oraz ewentualnie z rybawiryną;
- 4) konieczność przyjmowania leków mogących obniżać aktywność osoczną sofosbuwiru i ledipaswiru albo sofosbuwiru i welpataswiru, albo sofosbuwiru, welpataswiru i woksylaprewiru w szczególności silnych induktorów glikoproteiny P w jelitach (o ile dotyczy);
- 5) czynne uzależnienie od alkoholu lub środków odurzających;
- 6) ciąża lub karmienie piersią;
- 7) inne przeciwwskazania do stosowania określone w odpowiednich charakterystykach:

dawkowania określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego zawierającego grazoprewir+elbaswir.

**3. Glekaprewir+pi brentas wir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.

**4. Sofosbuvir+welpataswir+woksyleprewir** w ramach programu dawkuje się zgodnie z odpowiednią aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.

- 1) w 1 dniu, przed podaniem leków:
  - a) morfologia krwi;
  - b) oznaczenie aktywności AIAT;
  - c) oznaczenie stężenia bilirubiny;
  - d) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;
- 2) w 4, 8 tygodniu oraz (jeżeli dotyczy) w 12, 16 i 24 tygodniu:
  - a) morfologia krwi;
  - b) oznaczenie aktywności AIAT;
- 3) w 4 tygodniu:
  - a) oznaczenie stężenia bilirubiny – w przypadku występowania zwiększonego stężenia w 4 tygodniu terapii, powtórzyć oznaczenia w 8 tygodniu oraz jeżeli dotyczy w 12, 16 i 24 tygodniu;
- 4) na zakończenie leczenia:
  - a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową lub ilościową;
- 5) po 12 tygodniach od zakończenia leczenia (w 20, 24, 28 lub 36 tygodniu terapii):
  - a) oznaczenie HCV RNA metodą jakościową;
  - b) USG jamy brzusznej.

## 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

- a) sofosbuwiru z ledipaswirem lub sofosbuwiru z welpataswirem oraz rybawiryny lub sofosbuwiru z welpataswirem i woksylaprewirem (o ile dotyczy), albo
- b) grazoprewiru z elbaswirem oraz rybawiryny (o ile dotyczy), albo
- c) glekaprewiru z pibrentaswirem (o ile dotyczy).

### **3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) ujawnienie okoliczności określonych w ust. 2 w trakcie leczenia;
- 2) działania niepożądane stosowanych w programie leków uzasadniające przerwanie leczenia:
  - w opinii lekarza prowadzącego terapię lub
  - zgodnie z charakterystykami odpowiednich produktów leczniczych.

- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**LECZENIE NEUROGENNEJ NADREAKTYWNOŚCI WYPIERACZA (ICD-10 N31)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek: 18 i więcej lat;</li> <li>2) nietrzymanie moczu z parć nagłących;</li> <li>3) neurogenna nadreaktywność mięśnia wypieracza (NNW) potwierdzona badaniem urodynamicznym wykonanym nie później niż rok przed kwalifikacją do programu, chyba że w tym okresie wykonanie badania było niemożliwe z przyczyn medycznych. W takim przypadku dopuszczalne jest dołączenie wyniku badania urodynamicznego wykonanego wcześniej;</li> <li>4) stan po stabilnym urazie rdzenia kręgowego lub stwardnienie rozsiane;</li> <li>5) niedostateczne wyniki dotychczasowego leczenia obserwowane przez minimum miesiąc, takie jak: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pogorszenie się czynności nerek lub</li> <li>b) przetrwałe nietrzymanie moczu z parć nagłących, lub</li> <li>c) pojawienie się zastoju w górnych drogach moczowych, lub</li> <li>d) zwiększenie istniejącego zastoju w górnych drogach moczowych, lub</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie:</b></p> <p>Zalecana dawka inicjująca wynosi 200 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~6,7 jednostek) w mięsień wypieracz.</p> <p>W przypadku dobrego efektu leczniczego należy w leczeniu podtrzymującym stosować podobne dawki leku.</p> <p>W przypadku braku efektu po podaniu dawki inicjującej należy zwiększyć dawkę do 300 jednostek toksyny botulinowej typu A jako 30 iniekcji o objętości 1 ml (~10 jednostek) w mięsień wypieracz.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie fizykalne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badanie brzucha,</li> <li>b) badanie przez pochwę lub per rectum,</li> <li>c) badanie neurologiczne - ocena segmentów unerwionych przez nerwy z poziomu S2-S4 (czucie skórne w obrębie przedstonka pochwy lub krocza, odruch opuszkowo-jamisty oraz odruchy ścięgniste z kończyn dolnych);</li> </ol> </li> <li>2) badanie ogólne i bakteriologiczne moczu;</li> <li>3) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>4) oznaczenie stężenia mocznika;</li> <li>5) dzienniczek mikcyjny (ilość, objętość, czas mikcji, ilość i natężenie parć nagłących z lub bez nietrzymania moczu, ilość przyjmowanych płynów);</li> <li>6) pomiar objętości moczu zalegającej po mikcji (przy pomocy cewnika, aparatu USG lub aparatu typu Bladder Scan);</li> <li>7) inne badania urodynamiczne (głównie cystometria) celem potwierdzenia neurogennej nadreaktywności wypieracza – jeśli nie były wykonywane wcześniej.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) celem wizyt kontrolnych jest: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ocena skuteczności,</li> </ol> </li> </ol>

<p>e) pojawienie się objawowych, nawracających zakażeń górnych dróg moczowych,</p> <p>lub</p> <p>nietolerancja leczenia antycholinergicznego (należy wypróbować minimum dwa leki antycholinergiczne, każdy przez minimum miesiąc):</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) zaburzenia rytmu serca,</li> <li>b) zaburzenia pamięci,</li> <li>c) zaburzenia żołądkowo-jelitowe i połykania, powodujące zaburzenia odżywiania,</li> <li>d) zaburzenia widzenia powodujące istotne upośledzenie wzroku;</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>6) zgoda pacjenta na konieczność czystego przerywanego cewnikowania (CIC) w razie potrzeby;</li> <li>7) negatywny wywiad w kierunku nadwrażliwości na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu;</li> <li>8) negatywny wywiad w kierunku:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) neuropatii obwodowych,</li> <li>b) zaburzeń przewodnictwa nerwowo-mięśniowego (myasthenia gravis, miasteniczny zespół Lamberta-Eatona);</li> </ol> </li> <li>9) niestosowanie aminoglikozydów, pochodnych kurary czy innych leków zaburzających przewodnictwo nerwowo-mięśniowe.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, w wyniku braku skuteczności leczenia lub zgodnie z pozostałymi kryteriami wyłączenia;</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>b) ocena ewentualnych wskazań do wdrożenia samocewnikowania,</li> <li>c) ocena objętości moczu zalegającego po mikcji u pacjentów niecewnikowanych,</li> <li>d) monitorowanie w kierunku ewentualnych zakażeń dróg moczowych;</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) wizyty kontrolne według następującego schematu:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pierwsza wizyta po 2 tygodniach (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania),</li> <li>b) kolejne wizyty co 3 miesiące (lub wcześniej, jeżeli istnieją wskazania).</li> </ol> </li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</li> <li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.</li> <li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>
--	--	--

- 2) w sytuacji niepowodzenia terapii (pierwszego podania), podanie toksyny botulinowej można powtórzyć, jednakże nie wcześniej niż po 3 miesiącach. W sytuacji niepowodzenia po dwóch kolejnych podaniach toksyny botulinowej, pacjent jest dyskwalifikowany z programu lekowego;
- 3) w sytuacji powodzenia terapii, podania toksyny botulinowej można powtarzać, jednakże nie częściej niż od 6 do 9 miesięcy.

**3. Kryteria wyłączenia z programu:**

- 1) brak skuteczności leczenia definiowany jako nieuzyskanie zmniejszenia liczby epizodów nietrzymania moczu na tydzień o  $\geq 50\%$  w stosunku do poziomu wyjściowego (ocena na podstawie dzienniczka mikcji prowadzonego przez 7 dni, nie wcześniej niż po upływie 6 tygodni i nie później niż po upływie 12 tygodni od podania toksyny botulinowej);
- 2) nieprowadzenie dzienniczka mikcji;
- 3) brak zgody lub przeciwwskazania do wykonania czystego przerywanego cewnikowania;
- 4) nadwrażliwość na kompleks neurotoksyny Clostridium botulinum typu A lub na którykolwiek ze składników produktu.

## LECZENIE PRZEWLEKŁEGO ZAKRZEPOWO-ZATOROWEGO NADCIŚNIENIA PŁUCNEGO (CTEPH) (ICD-10 I27, I27.0 i/lub I26)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) zdiagnozowane oraz udokumentowane przewlekłe zakrzepowo-zatorowe nadciśnienie płucne (CTEPH) wg aktualnej klasyfikacji ESC/ERS,</p> <p>2) spełnienie jednego z dwóch poniższych kryteriów:</p> <p>a) nieoperowalne CTEPH (dyskwalifikacja od leczenia operacyjnego potwierdzona przez zespół CTEPH składający się z kardiochirurga z doświadczeniem w zakresie PEA, kardiologa interwencyjnego z doświadczeniem w zakresie cewnikowania prawostronnego oraz angioplastyki tętnic płucnych, kardiologa doświadczonego w prowadzeniu pacjentów z nadciśnieniem płucnym lub brak zgody pacjenta na PEA przy akceptacji zespołu CTEPH; w przypadkach wątpliwych – brak jednoznacznej opinii specjalistów wymienionych dziedzin – konieczna jest konsultacja przez kardiochirurga, który wykonał co najmniej 50 zabiegów endarterektomii tętnic płucnych; sformułowanie „z doświadczeniem w wykonywaniu ” należy rozumieć jako „lekarza przeszkolonego i samodzielnie wykonującego określone zabiegi” a „doświadczonego w prowadzeniu pacjentów z nadciśnieniem płucnym” jako „lekarza posiadającego doświadczenie w stosowaniu farmakoterapii</p>	<p>Schemat dawkowania riocyguatu zgodny z informacjami zawartymi w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) Badania nieinwazyjne:</p> <p>a) ocena klasy czynnościowej według NYHA,</p> <p>b) test 6-minutowego marszu,</p> <p>c) oznaczenie NT-pro-BNP,</p> <p>d) badanie echokardiograficzne.</p> <p>2) Badania inwazyjne:</p> <p>– badanie hemodynamiczne (aktualne, wykonane nie więcej niż 12 tygodni przed kwalifikacją) cewnikowanie prawego serca z oceną ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żyłnej.</p> <p>3) Badania obrazowe:</p> <p>a) arteriografia tętnic płucnych oraz jedno z trzech niżej wymienionych badań;</p> <p>a) MRI,</p> <p>b) Angio CT;</p> <p>c) scyntygrafia płuc.</p> <p>W przypadku uczulenia na barwnik stosowany w arteriografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań</p>

swoistej w nadciśnieniu płucnym)

lub

b) przetrwałe CTEPH po leczeniu chirurgicznym.

Przetrwałe CTEPH to utrzymujące się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) przez co najmniej 6 miesięcy po endarterektomii płucnej (PEA) potwierdzone cewnikowaniem prawego serca. U pacjentów, u których po zabiegu endarterektomii tętnic płucnych utrzymuje się nadciśnienie płucne (zgodnie z definicją hemodynamiczną zawartą w punkcie 3) wywołujące objawy możliwe jest włączenie riocyguatu przed upływem okresu 6 miesięcy od operacji na podstawie decyzji zespołu CTEPH.

3) średnie ciśnienie w tętnicy płucnej  $\geq 25$  mm Hg i naczyniowy opór płucny  $\geq 240$  dyn\*sec\*cm<sup>-5</sup> (lub 3 jednostki Wooda),

4) klasa czynnościowa: od II do III według WHO,

5) wiek świadczeniobiorcy: 18 lat i powyżej.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia riocyguatem w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.

## 3. Kryteria wyłączenia i przeciwwskazania do włączania do programu

Wystąpienie co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

- 1) jednoczesne podawanie z inhibitorami PDE-5 (takimi jak sildenafil, tadalafil, wardenafil),
- 2) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (stopień C w skali Child-Pugh),

do wykonania tego badania można od niego odstąpić i wykonać 2 z 3 poniższych badań obrazowych

a) MRI,

b) Angio CT;

c) scyntygrafia płuc.

W przypadkach wątpliwych może być konieczne wykonanie wszystkich powyższych badań.

## 2. Monitorowanie leczenia

W okresie dostosowywania dawki wizyty kontrolne odbywają się co 2 tygodnie +/- 2 dni.

W uzasadnionych przypadkach możliwe jest przeprowadzenie wizyty dostosowującej dawkę przez lekarza w miejscu zamieszkania pacjenta o ile lekarz udokumentuje brak przeciwwskazań do eskalacji dawki.

Ocena skuteczności leczenia powinna być wykonywana co 3 – 6 miesięcy w stanie jak najbardziej stabilnym.

Możliwe jest, po wyrażeniu zgody przez lekarza prowadzącego terapię, przeprowadzenie wizyty w programie w formie zdalnej konsultacji i przesunięcie wykonania badań w programie na późniejszy okres o ile nie stanowi to zagrożenia dla zdrowia pacjenta i pozostaje bez wpływu na skuteczność i bezpieczeństwo prowadzonej terapii. W takiej sytuacji możliwe jest dostarczenie leków przez szpital do miejsca zamieszkania pacjenta lub wydanie leków osobie przez niego upoważnionej w ilości każdorazowo nie większej niż niezbędna do zabezpieczenia 3-4 miesięcy terapii (w zależności od indywidualnego dawkowania oraz wielkości opakowań poszczególnych leków).

Opisane powyżej postępowanie, w tym wynik zdalnej konsultacji i ocena stanu zdrowia dokonana przez lekarza prowadzącego, powinno zostać odnotowane w dokumentacji medycznej pacjenta oraz SMPT.

- 3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą,
- 4) ciąża,
- 5) jednoczesne podawanie z azotanami lub lekami uwalniającymi tlenek azotu (takimi jak azotyn amylu) w jakiegokolwiek postaci,
- 6) pacjenci ze skurczowym ciśnieniem krwi <95 mm Hg na początku leczenia,
- 7) choroba układu oddechowego z niewydolnością oddychania (w tym zwłaszcza skłonność do retencji dwutlenku węgla) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego,
- 8) niewydolność lewej komory serca (w tym zwłaszcza z zaklinowanym ciśnieniem w tętnicy płucnej > 15 mmHg) jako dominująca przyczyna nadciśnienia płucnego,
- 9) brak skuteczności leczenia – jako kryterium wyłączenia.

Osobiste stawiennictwo pacjenta w ośrodku prowadzącym terapię nie może być jednak rzadsze niż 2 razy w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy z wyjątkiem sytuacji nadzwyczajnych, w tym zjawisk epidemicznych kiedy dopuszcza się osobiste stawiennictwo w ośrodku prowadzącym terapię nie rzadziej niż 1 raz w ciągu każdych kolejnych 12 miesięcy.

1) Badania nieinwazyjne:

- a) ocena klasy czynnościowej według NYHA,
- b) test 6-minutowego marszu,
- c) oznaczenie NT-pro-BNP.

Do monitorowania leczenia można wykorzystać również badania wykonane nie w ramach rutynowej kontroli co 3-6 miesięcy, ale również wykonane w przypadku pogorszenia samopoczucia lub stanu chorego. W tej sytuacji odstęp 3-6 miesięcy do następnych rutynowych badań kontrolnych wymaganych przez program można także liczyć od momentu wspomnianych dodatkowych badań przeprowadzonych w terminie wcześniejszym ze wskazań klinicznych.

2) Badania inwazyjne:

Cewnikowanie prawego serca (badanie hemodynamiczne) z oceną ciśnienia w tętnicy płucnej, ciśnienia w prawym przedsionku, ciśnienia zaklinowania, naczyniowego oporu płucnego, pojemności minutowej i saturacji mieszanej krwi żyłnej wykonuje się:

- na podstawie decyzji lekarza prowadzącego jeżeli obraz kliniczny, przebieg choroby oraz panel badań są niejednoznaczne,
- dla celów kwalifikacji do plastyki naczyń płucnych,



eskalacji farmakoterapii lub przeszczepu płuc, jeśli terapia taka jest rozważana i możliwa.

### **3. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia,
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia,
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## LECZENIE AKTYWNEJ POSTACI ZIARNINIAKOWATOŚCI Z ZAPALENIEM NACZYŃ (GPA) LUB MIKROSKOPOWEGO ZAPALENIA NACZYŃ (MPA) (ICD-10 M31.3, M31.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia ziarniniakowości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA), powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i więcej;</li> <li>2) rozpoznanie ziarniniakowości z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA);</li> <li>3) ciężka lub uogólniona postać choroby, czyli choroba przebiegająca z zagrożeniem funkcji zajętych narządów lub z zagrożeniem życia;</li> <li>4) wysoka aktywność choroby (2.1.);</li> <li>5) nieskuteczność lub przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję (2.2.).</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Do programu można zakwalifikować również pacjentów z innymi niż wymienione postaciami ziarniniakowości z zapaleniem naczyń lub mikroskopowego zapalenia naczyń, niezależnie od wartości BVAS i poziomu przeciwciał ANCA, które z uwagi na ciężki przebieg choroby grożą znacznym pogorszeniem stanu zdrowia - po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia ziarniniakowości</p>	<p>Dawkowanie i sposób podawania rytuksymabu – zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>W trakcie i po zakończeniu podawania rytuksymabu zalecane jest stosowanie standardowego leczenia podtrzymującego remisję.</p> <p>Kobiety w wieku rozrodczym powinny stosować skuteczne metody zapobiegania ciąży, zarówno podczas leczenia, jak i w ciągu 12 miesięcy od zakończenia leczenia rytuksymabem.</p> <p>Kobiety nie powinny karmić piersią w trakcie leczenia rytuksymabem oraz 12 miesięcy po jego zakończeniu.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;</li> <li>2) badanie ogólne moczu;</li> <li>3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);</li> <li>4) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>5) OB;</li> <li>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</li> <li>7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</li> <li>8) białko C-reaktywne (CRP);</li> <li>9) kreatynina;</li> <li>10) eGFR;</li> <li>11) przeciwciała anty-HCV;</li> <li>12) przeciwciała anty-HBc;</li> <li>13) obecność antygenu HBs;</li> <li>14) przeciwciała anty-HIV;</li> <li>15) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);</li> <li>16) stężenie immunoglobulin:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) IgG,</li> <li>b) IgM,</li> <li>c) IgA;</li> </ol> </li> <li>17) EKG;</li> </ol>

z zapaleniem naczyń (GPA) lub mikroskopowego zapalenia naczyń (MPA).

## **2. Definicje:**

### **2.1. Wysoka aktywność choroby to:**

1) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, w tym występowanie co najmniej 1 objawu dużego aktywnej choroby oraz obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy

lub

2) co najmniej 3 punkty w skali BVAS/WG, obecność przeciwciał ANCA (c-ANCA lub p-ANCA) w surowicy, ciężki stan ogólny chorego w ocenie lekarza oraz konieczność długotrwałego stosowania glikokortykosteroidów (min. 6 miesięcy) w dawce większej jak 10 mg na dobę w przeliczeniu na prednizon, która niesie ze sobą duże ryzyko działań niepożądanych.

### **2.2. Nieskuteczność terapii standardowej to:**

1) brak poprawy definiowanej jako zmniejszenie aktywności choroby w skali BVAS/WG o co najmniej 50% po 3 miesiącach standardowego leczenia indukcyjnego

albo

2) utrzymywanie się aktywnej choroby definiowanej jako obecność co najmniej 1 dużego lub 3 małych objawów aktywnej choroby w skali BVAS/WG po 6 miesiącach standardowego leczenia indukcyjnego,

albo

3) wczesny nawrót choroby definiowany jako nawrót dotychczasowych objawów lub wystąpienie nowych potwierdzony wzrostem aktywności choroby w skali BVAS/WG  $\geq 3$  w trakcie pierwszych 6 miesięcy standardowego leczenia podtrzymującego remisję,

albo

18) RTG lub TK klatki piersiowej (do 1 miesiąca przed kwalifikacją);

19) Quantiferon w kierunku zakażenia prątkiem gruźlicy.

## **2. Monitorowanie leczenia rytuksymabem.**

**2.1. Pacjenta poddaje się ocenie bezpieczeństwa i skuteczności terapii po 90 i 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia rytuksymabem wykonując następujące badania:**

- 1) badanie ogólne moczu;
- 2) morfologia krwi z rozmazem;
- 3) aminotransferaza alaninowa (AIAT);
- 4) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);
- 5) eGFR;
- 6) kreatynina.

**2.2. Oprócz badań wymienionych w pkt 2.1 po 180 dniach (+/- 14 dni) od rozpoczęcia leczenia rytuksymabem należy wykonać następujące badania:**

- 1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;
- 2) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);
- 3) OB;
- 4) białko C-reaktywne (CRP);
- 5) przeciwciała przeciw cytoplazmie granulocytów obojętnochłonnych (c-ANCA i p-ANCA);
- 6) stężenie immunoglobulin:
  - a) IgG,
  - b) IgM,
  - c) IgA;
- 7) EKG;
- 8) RTG klatki piersiowej lub TK klatki piersiowej (do decyzji lekarza).

## **3. Badania przy wznowieniu leczenia rytuksymabem:**

4) częste nawroty choroby definiowane jako przynajmniej jedno zaostrzenie w czasie ostatnich 12 miesięcy standardowego leczenia podtrzymującego, którego nie daje się opanować zwiększeniem dawek leków stosowanych w terapii podtrzymującej do rekomendowanych.

### **2.3. Standardowe leczenie indukujące remisję to:**

1) cyklofosfamid podawany doustnie w dawce 2 mg/kg/dobę (max. 200 mg/dobę) przez 3-6 miesięcy

lub

2) cyklofosfamid podawany dożylnie w pulsach po 0,75 g/m<sup>2</sup> powierzchni ciała co 4 tygodnie przez 6 miesięcy,

lub

3) cyklofosfamid podawany dożylnie w pulsach 15 mg/kg masy ciała (max. 1,2 g; 3 pulsy co 2 tygodnie, następnie 3-6 pulsów co 3 tygodnie)

- w skojarzeniu z odpowiednimi dawkami glikokortykosteroidów.

Dawki cyklofosfamidów mogą być odpowiednio zmodyfikowane w przypadku:

a) upośledzenia funkcji nerek

lub

b) wieku > 60 lat,

lub

c) polekowej cytopenii.

### **2.4. Standardowe leczenie podtrzymujące remisję to:**

1) azatiopryna w dawce 2 mg/kg/dobę

lub

2) metotreksat w dawce 25 mg/tydzień,

lub

3) leflunomid w dawce 20 mg/dobę,

lub

4) mykofenolan mofetylu w dawce 3 g/dobę

1) określenie poziomu aktywności choroby przy użyciu skali BVAS/WG;

2) badanie ogólne moczu;

3) dobowa proteinuria (jeśli dotyczy);

4) morfologia krwi z rozmazem;

5) OB;

6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);

7) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);

8) białko C-reaktywne (CRP);

9) kreatynina;

10) eGFR;

11) przeciwciała anty-HCV;

12) obecność antygenu HBs;

13) stężenie immunoglobulin:

a) IgG,

b) IgM,

c) IgA;

14) EKG;

15) RTG lub TK klatki piersiowej (do 3 miesiąca przed podaniem leku).

### **4. Monitorowanie programu**

1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.

Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

- jeśli nie ma przeciwwskazań i zalecane dawki są dobrze tolerowane; w skojarzeniu z małymi dawkami glikokortykosteroidów (prednizon  $\leq 7,5$  mg/dobę).

**2.5. Przeciwwskazania do standardowej terapii indukującej remisję to:**

- 1) nadwrażliwość na cyklofosfamid;
- 2) udokumentowane działania niepożądane cyklofosfamidu;
- 3) choroby powodujące zastój w drogach żółciowych;
- 4) czynne zakażenia;
- 5) ciąża.

**2.6. Adekwatna odpowiedź na leczenie to:**

uzyskanie co najmniej niskiej aktywności choroby definiowanej jako występowanie < 3 małych objawów aktywnej choroby ze skali BVAS/WG, odpowiadających na umiarkowane zwiększenie dawki glikokortykosteroidów i niewymagających innej modyfikacji leczenia, stwierdzone podczas wizyty monitorującej skuteczność rytuksymabu po 6 miesiącu terapii.

**3. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach jednorodnych grup pacjentów**

Do programu włączani są pacjenci, którzy byli uprzednio leczeni rytuksymabem w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP), pod warunkiem, że spełniali kryteria włączenia do programu przed zastosowaniem leku, wykazano w tym czasie skuteczność podawanego leku zgodnie z kryteriami programu i włączenie do programu będzie umożliwiać zachowanie ciągłości leczenia.

W przypadku przerwy w leczeniu dłuższej niż 6 miesięcy chory wymaga ponownej kwalifikacji do programu.

**4. Kryteria wyłączenia z programu:**

- 1) brak adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6 miesiącach od podania rytuksymabu;

- 2) nadwrażliwość na substancję czynną rytuksymab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) ciąża;
- 4) okres karmienia piersią;
- 5) aktywne zakażenie bakteryjne, wirusowe, grzybicze lub pasożytnicze o ciężkim przebiegu;
- 6) infekcja wirusem HIV;
- 7) aktywna gruźlica;
- 8) przewlekłe zapalenie wątroby typu B lub C;
- 9) zakażenia oportunistyczne w okresie ostatnich 3 miesięcy;
- 10) znaczne obniżenie odporności, m.in.
  - a) hipogammaglobulinemia (IgG <400 mg/dl),  
lub
  - b) niedobór IgA (IgA <10 mg/dl);
- 11) choroba nowotworowa (obecnie lub w okresie ostatnich 5 lat):
  - a) po lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym niezależnie od kategorii uzyskanej odpowiedzi  
lub
  - b) po leczeniu o założeniu radykalnym, którym nie uzyskano całkowitej remisji choroby;
- 12) ciężka niewydolność serca (klasa IV NYHA) lub ciężka, niekontrolowana choroba serca;
- 13) zaawansowana niewydolność płuc, nerek lub wątroby - niewynikająca z przebiegu GPA/MPA.

**5. Kryteria zakończenia leczenia w programie:**

uzyskanie adekwatnej odpowiedzi na leczenie po 6 miesiącach od podania rytuksymabu.

**6. Kryteria wznowienia leczenia pacjentów w programie:**

Pacjent, u którego zakończono leczenie w programie z powodu spełnienia kryteriów adekwatnej odpowiedzi na leczenie, a u którego stwierdzono nawrót choroby (wzrost w skali

BVAS/WG do wartości co najmniej 3 punktów), jest włączany do programu bez wstępnej kwalifikacji.		
--	--	--

**LECZENIE TYROZYNEMII TYPU 1 (HT-1) ICD-10 E70.2**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b> Do programu kwalifikowani są pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem tyrozydemii typu 1 (HT-1).</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wystąpienie nadwrażliwości na nityzynon lub substancję pomocniczą;</li> <li>2) wystąpienie działań niepożądanych w trakcie stosowania nityzynonu;</li> <li>3) brak skuteczności leczenia;</li> <li>4) przeszczepienie wątroby;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie nityzynonu</b> Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie profilu kwasów organicznych w moczu metodą chromatografii gazowej sprzężonej ze spektrometrią masową (GC/MS) na obecność bursztynyloacetonu;</li> <li>2) oznaczenie bursztynyloacetonu w „suchej” kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas;</li> <li>3) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny</li> <li>4) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu;</li> <li>5) morfologia krwi, z płytkami krwi;</li> <li>6) AlAT, AspAT;</li> <li>7) bilirubina całkowita i frakcje;</li> <li>8) fosfataza alkaliczna;</li> <li>9) GGTP;</li> <li>10) INR;</li> <li>11) czas protrombinowy;</li> <li>12) APPT;</li> <li>13) białko całkowite, albuminy we krwi;</li> <li>14) gazometria;</li> <li>15) sód, potas, chlorki we krwi;</li> <li>16) wapń, fosfor we krwi i moczu;</li> <li>17) mocznik, kreatynina we krwi;</li> <li>18) kwas moczowy we krwi i moczu;</li> <li>19) kreatynina w moczu;</li> <li>20) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby;</li> <li>21) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;</li> </ol>



<p>5) inne przeciwwskazania określone w Charakterystyce Produktu Leczniczego;</p> <p>6) brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.</p>		<p>22) konsultacja dietetyczna.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy. U pacjentów zaraz po rozpoznaniu tyrozyinemii typu 1 (zwłaszcza niemowląt) monitorowanie leczenia przeprowadzane jest co miesiąc. W ramach monitorowania leczenia wykonywane są następujące badania:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) oznaczenie bursztyniloacetonu w „suchej” kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas;</li><li>2) oznaczenie poziomu alfa-fetoproteiny;</li><li>3) oznaczenie ilościowe stężenia aminokwasów w osoczu;</li><li>4) morfologia krwi, z płytkami krwi;</li><li>5) AlAT, AspAT;</li><li>6) bilirubina całkowita i frakcje;</li><li>7) fosfataza alkaliczna;</li><li>8) GGTP;</li><li>9) INR;</li><li>10) czas protrombinowy;</li><li>11) APPT;</li><li>12) białko całkowite, albuminy we krwi;</li><li>13) gazometria;</li><li>14) sód, potas, chlorki we krwi;</li><li>15) wapń, fosfor we krwi i moczu;</li><li>16) mocznik, kreatynina we krwi;</li><li>17) kwas moczowy we krwi i moczu;</li><li>18) kreatynina w moczu;</li><li>19) USG jamy brzusznej, z oceną wątroby;</li><li>20) badanie oczu z użyciem lampy szczelinowej;</li><li>21) konsultacja dietetyczna.</li></ol>
--	--	---

W przypadku wystąpienia ryzyka raka wątrobowokomórkowego konieczne jest częstsze monitorowanie wraz z wykonaniem rezonansu magnetycznego jamy brzusznej.

**3. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**LECZENIE CHORYCH NA CHŁONIAKI CD30+ (C 81; C 84.5)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Leczenie pacjentów z chłoniakiem Hodgkina CD30+ (HL) lub układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek CD30+ (sALCL) przy wykorzystaniu substancji czynnej brentuksymab vedotin</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1.1.1. Do leczenia brentuksymabem w ramach programu kwalifikują się pacjenci z potwierdzonym histologicznie chłoniakiem Hodgkina spełniający kryterium 1) albo 2) :</p> <p>1) <b>nawrotowy lub oporny na leczenie HL:</b></p> <p>a) po autologicznym przeszczepieniu komórek macierzystych szpiku (ang. <i>autologous stem cell transplantation</i>, ASCT) lub</p> <p>b) po co najmniej dwóch wcześniejszych terapiach, w przypadku, gdy ASCT lub wielolekowa chemioterapia nie stanowi opcji leczenia</p> <p>albo</p> <p>2) <b>chory po ASCT ze zwiększonym ryzykiem nawrotu lub progresji choroby</b> definiowanym jako występowanie co najmniej jednego z poniższych czynników ryzyka:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– oporność na pierwszą linię leczenia</li> <li>– nawrót do 12 miesięcy od zakończenia pierwszej linii leczenia</li> <li>– zajęcie tkanki pozawęzłowej w nawrocie choroby przed ASCT (pierwsza dawka brentuksymabu powinna być podana między 30 a 45 dniem po ASCT)</li> </ul>	<p>Zalecana dawka u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie.</p> <p>Jeśli masa ciała pacjenta przekracza 100 kg, do obliczenia dawki należy przyjąć 100 kg.</p> <p>Zalecana dawka u pacjentów w wieku poniżej 18 roku życia wynosi 1,8 mg/kg podawana we wlewie dożylnym trwającym 30 minut co 3 tygodnie lub 1,2 mg/kg m.c. (max. 120 mg) co 7 lub 14 dni.</p> <p>Pacjentów należy objąć obserwacją podczas podawania i po podaniu wlewu.</p> <p>Modyfikacja dawki zgodnie z zapisami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Pacjenci, u których nastąpiła stabilizacja choroby lub poprawa stanu powinni otrzymać maksymalnie do szesnastu cykli leczenia (w ciągu około roku).</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia brentuksymabem:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT);</li> <li>4) stężenie kreatyniny;</li> <li>5) stężenie glukozy;</li> <li>6) udokumentowanie obecności antygenu CD30 w tkance chłoniaka badaniem immunohistochemicznym;</li> <li>7) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej.</li> </ol> <p><b>2. Badania wykonywane przed każdym podaniem leku</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) stężenie kreatyniny;</li> <li>4) aktywność transaminaz (AspAT, AlAT);</li> <li>5) stężenie glukozy.</li> </ol> <p><b>3. Badanie obrazowe wykonywane po drugim i ósmym cyklu leczenia lub w razie klinicznego podejrzenia progresji lub nawrotu choroby wymagającego potwierdzenia takimi badaniami</b></p>

<p>oraz</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;</li> <li>4) nieobecność przeciwskażeń do allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w razie uzyskania odpowiedzi częściowej (dla pkt 1.1.1.1. a i b)</li> </ol> <p>1.1.2. Do leczenia brentuksymabem w ramach programu kwalifikują się pacjenci z potwierdzonym histologicznie <b>układowym chłoniakiem anaplastycznym z dużych komórek (sALCL)</b> spełniający poniższe kryteria łącznie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nawrotowy lub oporny na leczenie sALCL;</li> <li>2) sprawność w stopniu 0-2 wg klasyfikacji Zubroda-WHO lub ECOG;</li> <li>3) nieobecność przeciwskażeń do allogenicznego przeszczepienia komórek krwiotwórczych w razie uzyskania odpowiedzi częściowej.</li> </ol> <p><b>1.2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów zakończenia udziału w programie.</p> <p>U chorych kwalifikowanych do programu wg kryterium 1.1.1.1. b. i odpowiadających na leczenie brentuksymabem vedotin wykonanie ASCT nie wyklucza kontynuacji leczenia brentuksymabem vedotin do sumarycznej liczby 16 cykli.</p> <p><b>1.3. Kryteria wyłączenia z udziału w programie:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na brentuksymab vedotin lub którykolwiek ze składników preparatu;</li> <li>2) toksyczność według WHO powyżej 3;</li> <li>3) progresja choroby podczas leczenia (wg kryteriów zawartych w kol. 3 ust. 4), nie wcześniej niż po dwóch cyklach leczenia;</li> </ol>		<p>TK lub PET/TK zmian opisywanych w badaniu kwalifikującym do programu</p> <p><b>4. Kryteria odpowiedzi na leczenie</b></p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie będzie się odbywała na podstawie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;</li> <li>2) badanie obrazowe – TK lub PET/TK.</li> </ol> <p><b>4.1. Kryteria odpowiedzi na leczenie (na podstawie <i>Bruce D. Cheson et al. Recommendations for initial evaluation, staging, and response assessment of Hodgkin and non-Hodgkin lymphoma: the Lugano classification. J Clin Oncol. 2014 Sep 20;32(27):3059-68.</i>):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) całkowita odpowiedź: ustąpienie objawów choroby oraz całkowita regresja zmian chorobowych w badaniu obrazowym lub negatywny wynik badania FDG-PET;</li> <li>2) częściowa odpowiedź: redukcja wymiarów zmian chorobowych o <math>\geq 50\%</math> w badaniu obrazowym;</li> <li>3) stabilizacja choroby: zmiany wymiarów zmian o <math>&lt; 50\%</math>;</li> <li>4) progresja choroby: wzrost wymiarów zmian <math>\geq 50\%</math> lub wystąpienie nowych zmian.</li> </ol> <p><b>5. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez oddziały wojewódzkie NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.</li> </ol>
--	--	---

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <p>4) brak częściowej odpowiedzi po ośmiu cyklach leczenia dla pkt 1.1.1.1. a i b oraz 1.1. 2. (nawrotowy lub oporny na leczenie chłoniak Hodgkina oraz sALCL);</p> <p>5) nawrót choroby w trakcie trwania leczenia;</p> <p>6) podanie szesnastu cykli leczenia w ciągu około roku;</p> <p>7) ciąża.</p> |  |  |
|--|--|--|

**LECZENIE PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI LIMFOCYTOWEJ OBINUTUZUMABEM (ICD 10: C.91.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji:</b></p> <p>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną przewlekłą białaczką limfocytową CD20+ spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;</li> <li>3) przeciwwskazania (z powodu chorób współistniejących) do leczenia opartego na pełnej dawce fludarabiny;</li> <li>4) parametry: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) CrCl (Creatine Clearance): &gt;30ml/min oraz &lt; 70 ml/min lub</li> <li>b) liczba punktów wg skali CIRS &gt; 6;</li> </ol> </li> <li>5) stan sprawności według WHO: 1;</li> <li>6) obecność wskazań do rozpoczęcia leczenia wg propozycji International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating (he National Cancer Institute-Working Group (WCLL));</li> <li>7) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych.</li> </ol> <p><b>2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu:</b></p>	<p><b>Dawkowanie obinutuzumabu:</b></p> <p><b>1) Cykl 1.</b> Zalecaną dawkę obinutuzumabu - 1000 mg - podaje się w 1.-2. dniu, 8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia. Do infuzji w 1.-2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania, drugą torebkę można podać tego samego dnia (bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia.</p> <p><b>2) Cykl 2 - 6</b> Zalecaną dawkę obinutuzumabu -1000 mg podaje się w 1. dniu cyklu.</p> <p>Obinutuzumab stosowany jest w skojarzeniu z chlorambucylem.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1</b> Badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonane wcześniej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie na obecność antygenu CD20;</li> <li>2) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;</li> <li>3) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita);</li> <li>4) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta;</li> <li>5) ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS.</li> </ol> <p><b>1.2</b> Badania przesiewowe w kierunku wirusowego zapalenia wątroby typu B zawierające co najmniej testy w kierunku HBsAg i HBcAb;</p> <p><b>1.3</b> Test ciążowy</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia:</b></p> <p>Przed każdym podaniem leku:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi ze wzrostem odsetkowym;</li> <li>2) stężenie kreatyniny;</li> <li>3) stężenie kwasu moczowego;</li> <li>4) aktywność AST, ALT;</li> <li>5) stężenie bilirubiny całkowitej.</li> </ol>

- 1) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy;
- 2) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy;
- 3) niewydolność co najmniej jednego narządu/układu ocenioną na 4 wg klasyfikacji CIRRS, z wyjątkiem zaburzeń oczu, uszu, nosa, gardła i krtani.

### 3. Określenie czasu leczenia w programie:

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia.

Maksymalny czas leczenia wynosi 6 cykli.

### 4. Kryteria wyłączenia z programu:

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na obinutuzumab lub którykolwiek ze składników preparatu lub na białka mysie;
- 2) progresja choroby w trakcie leczenia;
- 3) obecność objawów ciężkiego zakażenia;
- 4) ciąża;
- 5) rezygnacja pacjenta;

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z kryteriami zaproponowanymi w Zaleceniach postępowania diagnostycznego i terapeutycznego wg Polskiego Towarzystwa Onkologii Klinicznej (PTOK), lub Grupy Leczenia Białaczek u Osób Dorosłych Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów (PTHiT PALG).

### 3. Monitorowanie programu:

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## LECZENIE MIELOFIBROZY PIERWOTNEJ ORAZ MIELOFIBROZY WTÓRNEJ W PRZEBIEGU CZERWIENICY PRAWDZIWEJ I NADPŁYTKOWOŚCI SAMOISTNEJ (ICD-10 D47.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Leczenie powiększenia śledziona związanego z chorobą lub objawów występujących u dorosłych pacjentów z pierwotnym włóknieniem szpiku (znanym zarówno jako przewlekłe idiopatyczne włóknienie szpiku), włóknieniem szpiku poprzedzonym czerwienicą prawdziwą lub włóknieniem szpiku poprzedzonym nadpłytkowością samoistną.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1.1 Rozpoznanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) pierwotnej mielofibrozy (PMF) lub</li> <li>b) mielofibrozy w przebiegu czerwienicy prawdziwej (Post-PV MF), lub</li> <li>c) mielofibrozy w przebiegu nadpłytkowości samoistnej (Post-ET MF)</li> </ul> <p>– zgodnie z kryteriami Światowej Organizacji Zdrowia z roku 2008 oraz IWGMRT (do rozpoznania wymagany jest wynik badania morfologii krwi obwodowej z rozmazem ocenionym mikroskopowo oraz wynik trepanobiopsji szpiku);</p> <p>1.2 Pacjenci z grupy ryzyka:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) pośredniego – 2 lub</li> <li>b) wysokiego</li> </ul> <p>– wg IPSS (ang. International Prognostic Scoring System);</p>	<p><b>1. Dawkowanie ruksolitynibu:</b></p> <p>Dawkowanie leku odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia ruksolitynibem</b></p> <p>1.1 badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) oceny wielkości śledziona,</li> <li>b) masy ciała,</li> <li>c) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS: <ul style="list-style-type: none"> <li>— poty nocne (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>— utrata masy ciała (<math>&gt;10\%</math> w okresie ostatnich 6 miesięcy) (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>— gorączka o nieznannej etiologii (<math>&gt;37,5^{\circ}\text{C}</math>) (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>— bóle kostne (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>— świąd (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>— zmęczenie (<math>\geq 4</math> pkt);</li> </ul> </li> </ul> <p>1.2 morfologia krwi z rozmazem ocenionym mikroskopowo;</p> <p>1.3 aktywność transaminaz wątrobowych;</p> <p>1.4 stężenie bilirubiny;</p> <p>1.5 stężenie kreatyniny w surowicy;</p> <p>1.6 trepanobiopsja szpiku, jeżeli nie była wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją;</p>



<p>1.3 Splenomegalia (powiększenie śledziony <math>\geq 5</math> cm poniżej lewego łuku żebrowego) w badaniu palpacyjnym oraz w badaniu ultrasonograficznym;</p> <p>1.4 Pacjenci z liczbą płytek krwi <math>&gt; 50</math> tysięcy/<math>\mu</math>l;</p> <p>1.5 Wystąpienie co najmniej 2 z 6 poniżej wymienionych objawów ogólnych ocenianych w skali MPN-SAF TSS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) poty nocne (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>b) utrata masy ciała (<math>&gt;10\%</math> w okresie ostatnich 6 miesięcy) (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>c) gorączka o nieznannej etiologii (<math>&gt;37,5^{\circ}\text{C}</math>) (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>d) bóle kostne (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>e) świąd (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>f) zmęczenie (<math>\geq 4</math> pkt);</li> </ul> <p>1.6 Wiek: 18 lat i więcej;</p> <p>1.7 Stan sprawności:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) od 0 do 2, oceniany wg Eastern Cooperative Oncology Group lub</li> <li>b) od 1- 2 wg WHO</li> </ul> <p>– w momencie włączenia do programu;</p> <p>1.8 Brak wcześniejszej splenektomii;</p> <p>1.9 Pacjenci bez współistniejących ciężkich chorób systemowych w zakresie układu sercowo-naczyniowego, nerek, wątroby – upośledzających istotnie stan ogólny pacjenta oraz ciężkich zakażeń bakteryjnych, wirusowych i grzybiczych;</p> <p>1.10 Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) wyniki badań czynności wątroby: <ul style="list-style-type: none"> <li>— stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2- krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem pacjentów z zespołem Gilberta),</li> <li>— aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 2,5-krotnie górnej granicy normy,</li> </ul> </li> <li>b) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy.</li> </ul> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p>		<p>1.7 USG jamy brzusznej z oceną wymiarów śledziony.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia ruksolitynibem:</b></p> <p>2.1. badanie podmiotowe i przedmiotowe ze szczególnym uwzględnieniem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) oceny wielkości śledziony,</li> <li>b) masy ciała,</li> <li>c) objawów ogólnych ocenianych przy użyciu formularza MPN-SAF TSS: <ul style="list-style-type: none"> <li>— poty nocne (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>— utrata masy ciała (<math>&gt;10\%</math> w okresie ostatnich 6 miesięcy) (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>— gorączka o nieznannej etiologii (<math>&gt;37,5^{\circ}\text{C}</math>) (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>— bóle kostne (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>— świąd (<math>\geq 4</math> pkt),</li> <li>— zmęczenie (<math>\geq 4</math> pkt);</li> </ul> </li> </ul> <p>2.2. morfologia krwi;</p> <p>2.3. aktywność transaminaz wątrobowych;</p> <p>2.4. stężenie bilirubiny;</p> <p>2.5. stężenie kreatyniny w surowicy;</p> <p>2.6. USG jamy brzusznej z oceną wymiarów śledziony.</p> <p>Częstość wykonywania badań:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi i parametry biochemiczne: <ul style="list-style-type: none"> <li>a) co 2-4 tygodnie – do czasu ustabilizowania dawki ruksolitynibu, a następnie w zależności od wskazań klinicznych oraz zgodnie z zasadami określonymi w ChPL;</li> <li>b) co 1-2 tygodnie przez 6 tygodni lub do czasu ustabilizowania funkcji wątroby – u pacjentów z niewydolnością wątroby;</li> </ul> </li> <li>2) wszystkie badania kontrolne:</li> </ul>
---	--	--

## 2. Określenie czasu leczenia w programie:

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu (+ dodatkowe 28 dni na odstawienie leku), zgodnie z kryteriami wyłączenia.

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

3.1 Brak lub utrata odpowiedzi po leczeniu rozumiane jako:

- a) brak jakiegokolwiek zmniejszenia w badaniu przedmiotowym powiększonej w momencie kwalifikacji śledziona – po 3 miesiącach leczenia,
- b) brak zmniejszenia w badaniu USG powiększonej w momencie kwalifikacji śledziona, o co najmniej 25 % długości jej wyjściowego powiększenia (powyżej normy w danym ośrodku) – po 6 miesiącach leczenia lub
- c) pojawienie się nowych lub nasilenie wyjściowych objawów ogólnych związanych z chorobą, wymienionych w kryteriach kwalifikacji do programu, ocenianych w skali MPN-SAF TSS – po:
  - 3 miesiącach leczenia lub
  - 6 miesiącach leczenia, lub
  - każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia;

3.2 Nieakceptowalna toksyczność, nieustępująca pomimo redukcji dawki leku i przerw w leczeniu według zasad określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego;

3.3 Transformacja w ostrą białaczkę;

3.4 Utrata uzyskanej odpowiedzi na terapię po każdych 6 miesiącach leczenia.

- a) po 3 miesiącach leczenia, następnie
- b) po 6 miesiącach leczenia, następnie
- c) nie rzadziej niż po każdych kolejnych 6 miesiącach leczenia.

## 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Załącznik B.82.

## LECZENIE PACJENTÓW Z AKTYWNĄ POSTACIĄ SPONDYLOARTROPATII (SpA) BEZ ZMIAN RADIOGRAFICZNYCH CHARAKTERYSTYCZNYCH DLA ZZSK (ICD-10 M46.8)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>A. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1. Podczas pierwszej kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.</p> <p>2. Do programu kwalifikuje się pacjentów:</p> <p>2.1. z przewlekłym bólem krzyża trwającym &gt; 3 miesięcy i pojawieniem się objawów przed 45 r.ż., z obecnym zapaleniem stawów krzyżowo-biodrowych w badaniu rezonansu magnetycznego (MR) bez klasycznych zmian radiograficznych w stawach krzyżowo-biodrowych obserwowanych na zdjęciach RTG lub obecnym antygenem HLA B27 z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej oraz pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych lub przyczepów ścięgniastych z rozpoznaniem spondyloartropatii obwodowej na podstawie kryteriów klasyfikacyjnych SpA wg ASAS</p> <p>oraz</p>	<p><b>Dawkowanie</b></p> <p>1. Certolizumab pegoli etanercept należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS, w tym możliwości zmniejszenia dawki leku lub wydłużenia odstępu pomiędzy kolejnymi dawkami u pacjentów, u których uzyskano cel terapii.</p> <p>2. U pacjentów z zapaleniem stawów obwodowych należy rozważyć łączne stosowanie certolizumabu pegol z metotreksatem lub sulfasalazyną w skutecznych klinicznie i dobrze tolerowanych dawkach.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) oznaczenie antygeny HLA B27 kiedykolwiek w przeszłości;</p> <p>2) morfologia krwi;</p> <p>3) płytki krwi (PLT);</p> <p>4) odczyn Biernackiego (OB);</p> <p>5) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</p> <p>6) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</p> <p>7) stężenie kreatyniny w surowicy;</p> <p>8) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);</p> <p>9) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>10) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</p> <p>11) obecność antygeny HBs;</p> <p>12) przeciwciała anti-HCV;</p> <p>13) obecność antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>14) RTG klatki piersiowej z opisem (maksymalnie do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p>

z aktywną i ciężką postacią choroby, która musi być udokumentowana dwukrotnie w odstępie przynajmniej 4 tygodni, przy braku zmian leczenia w tym okresie:

- 1) przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa (postać osiowa) mimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych stosowanych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce;
- 2) przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych (postać obwodowa) pomimo leczenia dwoma syntetycznymi, konwencjonalnymi lekami modyfikującymi postęp choroby:
  - a) sulfasalazyna w dawce 2-3g/dobę lub maksymalnej tolerowanej;
  - b) metotreksat w dawce 25mg/tydzień lub maksymalnej tolerowanej;przez okres minimum 3 miesięcy każdym lub po niepowodzeniu leczenia co najmniej jednym wstrzyknięciem dostawowym glikokortykosteroidów;
- 3) przy zapaleniu ścięgien (postać obwodowa) pomimo stosowania co najmniej dwóch niesteroidowych leków przeciwzapalnych kolejno przez co najmniej 4 tygodnie każdy (podawanych w różnym czasie) w maksymalnej rekomendowanej lub tolerowanej przez pacjenta dawce lub co najmniej jednokrotnego miejscowego podania glikokortykosteroidów.

lub

2.2. z ustalonym rozpoznaniem spondyloartropatii osiowej (SpA) bez zmian radiograficznych, wcześniej leczonych biologicznie w programie „Leczenie inhibitorami TNF alfa świadczeniobiorców z ciężką, aktywną postacią zeszytniającego zapalenia stawów kręgosłupa (ZZSK) (ICD-10 M 45)”, u których wystąpił brak skuteczności leczenia w trakcie terapii jednym inhibitorem TNF alfa lub wystąpiły działania niepożądane w trakcie terapii maksymalnie dwoma inhibitorami TNF alfa i którzy obecnie spełniają pozostałe kryteria kwalifikacyjne do niniejszego programu lekowego.

3. Aktywną postać choroby stwierdza się, gdy spełnione są poniższe kryteria:

3.1. w postaci osiowej przy dominujących objawach ze strony kręgosłupa:

15) EKG z opisem;

16) badanie obrazowe RTG stawów krzyżowo-biodrowych;

17) MR stawów krzyżowo-biodrowych.

## 2. Monitorowanie leczenia

1) Po 3 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) i 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) od pierwszego podania substancji czynnej należy wykonać:

a) morfologię krwi;

b) odczyn Biernackiego (OB);

c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP);

d) stężenie kreatyniny w surowicy;

e) AspAT i AlAT

oraz dokonać oceny skuteczności zastosowanej terapii.

Jeżeli terapia jest kontynuowana powyższe badania powtarzać po każdym kolejnych 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc).

## 3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z

<p>1) wartość wskaźnika BASDAI <math>\geq 4</math> lub ASDAS <math>\geq 2,1</math> w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;</p> <p>2) ból kręgosłupa <math>\geq 4</math> oceniony za pomocą wizualnej skali analogowej VAS od 0 do 10 cm w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni;</p> <p>3) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej) większa niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm:</p> <p>a) ocena ta powinna być dokonana przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi;</p> <p>b) w ocenie eksperta uwzględnia się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– obraz kliniczny choroby,</li> <li>– czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby,</li> <li>– wyniki badania wskaźników ostrej fazy,</li> <li>– wyniki badań obrazowych,</li> <li>– status aktywności zawodowej,</li> <li>– występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy,</li> <li>– współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia;</li> </ul> <p>c) ocena przez lekarza eksperta jest prowadzona jednokrotnie po drugim pomiarze wartości BASDAI lub ASDAS;</p> <p>3.2. w postaci obwodowej przy dominujących objawach ze strony stawów obwodowych i/lub przyczepów ścięgnistych:</p> <p>1) liczba obrzękniętych stawów i/lub zapalnie zmienionych przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podszwowych) – co najmniej 3 łącznie – w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz</p>		<p>częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	---

<p>2) liczba tkliwych stawów i/lub przyczepów ścięgnistych (spośród ścięgien Achillesa oraz rozciągnięć podszwowych)– co najmniej 3 łącznie - w dwukrotnych pomiarach w odstępie przynajmniej 4 tygodni oraz</p> <p>3) ogólna ocena aktywności choroby przez pacjenta odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz</p> <p>4) ogólna ocena aktywności choroby przez lekarza prowadzącego odpowiadająca wartości 4 lub 5 w pięciostopniowej skali Likerta oraz</p> <p>5) ogólna ocena stanu choroby (aktywności, ciężkości i dalszej prognozy choroby oraz aktywności zawodowej), dokonana jednokrotnie po drugim pomiarze ilości zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych przez lekarza prowadzącego oraz drugiego lekarza – eksperta, specjalistę reumatologa, doświadczonego w leczeniu chorób z kręgu spondyloartropatii zapalnych lekami biologicznymi – więcej niż 5 cm na skali od 0 do 10 cm, przy czym w ocenie eksperta uwzględnia się:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) obraz kliniczny choroby,</li><li>b) czynniki ryzyka szybkiej progresji choroby,</li><li>c) wyniki badania wskaźników ostrej fazy,</li><li>d) wyniki badań obrazowych,</li><li>e) status aktywności zawodowej,</li><li>f) występowanie powikłań narządowych, w tym wtórnej amyloidozy,</li><li>g) współistnienie zapalenia przyczepów ścięgnistych, zajęcia narządu wzroku z częstymi zaostrzeniami zapalenia błony naczyniowej, możliwości alternatywnych sposobów leczenia.</li></ul> <p>4. W przypadkach, w których pacjentowi grozi kalectwo lub zagrożone jest jego życie, decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych, pacjent może być zakwalifikowany do leczenia biologicznego w przypadku niespełnienia części kryteriów opisanych w programie, jeśli leczenie jest zgodne z aktualnie obowiązującymi rekomendacjami oraz wiedzą medyczną.</p>		
---	--	--

5. W przypadku kobiet wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego, którym odbywa się leczenie biologiczne.

#### **B. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do kwalifikacji do programu**

Przeciwwskazania do udziału w programie wynikają z przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego substancji czynnej ujętej w programie lekowym, z uwzględnieniem rekomendacji EULAR/ASAS.

#### **C. Adekwatna odpowiedź na leczenie**

1. w przypadku postaci osiowej:

- a) po 3 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii zmniejszenie wartości BASDAI  $\geq 50\%$  lub  $\geq 2$  jednostki albo zmniejszenie wartości ASDAS o  $50\%$  lub  $\geq 1,1$  jednostki w stosunku do wartości sprzed leczenia,
- b) po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii uzyskanie niskiej aktywności choroby mierzonej wartością BASDAI  $< 3$  albo ASDAS  $< 1,3$ ;

2. w przypadku postaci obwodowej:

- a) po 3 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii zmniejszenie o co najmniej  $30\%$  w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz zmniejszenie aktywności choroby wg skali Likerta o co najmniej jedną jednostkę, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza,
- b) po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii osiągnięcie niskiej aktywności choroby definiowanej jako zmniejszenie o co najmniej  $50\%$  w stosunku do wartości sprzed leczenia łącznej liczby zajętych stawów i przyczepów ścięgnistych oraz aktywności choroby wg skali Likerta, zarówno w ocenie chorego, jak i lekarza.

#### **D. Kryteria i warunki zamiany terapii na inną**

1. Zmiana terapii na leczenie inną, wymienioną w programie substancją czynną, możliwa jest tylko w następujących sytuacjach:
  - a) wystąpienie ciężkiej reakcji uczuleniowej na substancję czynną lub pomocniczą lub
  - b) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych uniemożliwiających kontynuowanie terapii, które nie ustępują mimo dostosowywania dawki leku zgodnie z ChPL lub
  - c) brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na zastosowaną substancję czynną zgodnie z pkt C lub utrata adekwatnej odpowiedzi stwierdzona w trakcie dwóch kolejnych wizyt monitorujących.
2. W ramach programu lekowego dotyczącego leczenia SpA nie jest możliwe zastosowanie więcej niż dwóch inhibitorów TNF alfa w przypadku postaci osiowej (certolizumab pegol, etanercept) oraz nie więcej niż jednego inhibitora TNF alfa w przypadku postaci obwodowej (certolizumab pegol)
3. W ramach programu nie dopuszcza się możliwości ponownej kwalifikacji do terapii substancją czynną, którą pacjent był leczony w przeszłości nieskutecznie.
4. Kwalifikacja pacjenta do drugiego leku w ramach programu lekowego nie wymaga zgody Zespołu Koordynacyjnego, jeśli jest zgodna z opisem.

#### **E. Kryteria wyłączenia z programu**

1. brak uzyskania adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt C;
2. utrata adekwatnej odpowiedzi na leczenie zgodnie z pkt. C stwierdzony w trakcie dwóch wizyt monitorujących;
3. wystąpienie działań niepożądanych, które w opinii lekarza prowadzącego oraz zgodnie z Charakterystyką produktu Leczniczego, którym prowadzona jest terapia, są przeciwwskazaniami do leczenia daną substancją czynną.

#### **F. Czas leczenia w programie**

1. Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie.



2. W przypadku istotnej czasowej przerwy w leczeniu daną substancją czynną, schemat monitorowania ulega modyfikacji z uwzględnieniem okresu przerwy w podawaniu leku.
3. Lekarz prowadzący może zwrócić się do Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Biologicznego w Chorobach Reumatycznych o wyrażenie zgody na kontynuację leczenia daną substancją czynną w . uzasadnionych sytuacjach klinicznych w przypadku nieuzyskania przez chorego niskiej aktywności choroby zgodnie z pkt C ppkt 1b) lub 2b), szczególnie u pacjentów z wyjściową bardzo dużą aktywnością choroby lub występowaniem czynników złej prognozy. Bez zgody Zespołu Koordynacyjnego dalsze leczenie daną substancją czynną w przypadku braku uzyskania niskiej aktywności choroby po 6 miesiącach ( $\pm 1$  miesiąc) terapii nie jest możliwe.

#### **G. Kryteria ponownego włączenia do programu**

1. Pacjent, u którego zakończono leczenie w ramach programu substancją czynną leku biologicznego zastosowaną zgodnie z zapisami programu z powodu uzyskania niskiej aktywności choroby i u którego w trakcie badania kontrolnego stwierdzono nawrót aktywnej choroby zgodny z kryteriami udziału w programie, jest włączany do leczenia w ramach programu bez kwalifikacji.
2. Pacjent jest włączany do ponownego leczenia substancją czynną, której zastosowanie wywołało niską aktywność choroby.
3. Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu i w opinii lekarza prowadzącego powrót do terapii tą samą substancją czynną nie stanowi ryzyka dla pacjenta.

## LENALIDOMID W LECZENIU PACJENTÓW Z ANEMIĄ ZALEŻNĄ OD PRZETOCZEŃ W PRZEBIEGU ZESPOŁÓW MIELODYSPLASTYCZNYCH O NISKIM LUB POŚREDNIM-1 RYZYKU, ZWIĄZANYCH Z NIEPRAWIDŁOWOŚCIĄ CYTOGENETYCZNĄ W POSTACI IZOLOWANEJ DELECJI 5q (D46)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia lenalidomidem</b> Do programu kwalifikowani są pacjenci w wieku 18 lat i powyżej, z anemią zależną od przetoczeń (brak 8 kolejnych tygodni bez transfuzji w ciągu 16 tygodni przed kwalifikacją do programu) w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, jeżeli inne sposoby leczenia są niewystarczające lub niewłaściwe.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci z anemią zależną od przetoczeń w przebiegu zespołów mielodysplastycznych o niskim lub pośrednim-1 ryzyku, związanych z nieprawidłowością cytogenetyczną w postaci izolowanej delecji 5q, leczeni lenalidomidem w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez oddziały NFZ.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie.</p>	<p><b>1. Dawkowanie:</b> Zalecana dawka początkowa lenalidomidu: 10 mg doustnie raz na dobę w dniach 1-21 w powtarzanych 28 - dniowych cyklach. U chorych z niewydolnością nerek dawka początkowa lenalidomidu powinna być zgodna z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>UWAGA: Dawkowanie lenalidomidu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leków lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników laboratoryjnych zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Maksymalna dawka lenalidomidu w jednym cyklu leczniczym nie może być wyższa niż 210 mg.</p>	<p><b>1. Badania dodatkowe przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi;</li> <li>2) AspAT, AlAT;</li> <li>3) stężenie bilirubiny;</li> <li>4) stężenie kreatyniny;</li> <li>5) klirens kreatyniny</li> </ol> <p>Badania winny być wykonane w ciągu nie więcej niż 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia. W dniu kwalifikacji i nie wcześniej niż 7 dni przed wydaniem leku pacjentkom mogącym zajść w ciążę należy wykonać test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b> Badania kontrolne, w szczególności morfologia krwi i test ciążowy o czułości min. 25mIU/ml u pacjentek mogących zajść w ciążę, powinny być wykonywane przed każdym cyklem leczenia zgodnie z zaleceniami Charakterystyki Produktu Leczniczego. Zaleca się wykonanie badania morfologii krwi dwa tygodnie po rozpoczęciu terapii. Co 6 miesięcy: badanie cytogenetyczne.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu:</b></p>

<p><b>3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) bezwzględna liczba neutrofilii <math>&lt;0,5 \times 10^9/l</math> lub liczba płytek krwi <math>&lt;25 \times 10^9/l</math>;</li> <li>2) ciąża;</li> <li>3) niemożność stosowania się do programu zapobiegania ciąży (dotyczy kobiet i mężczyzn);</li> <li>4) nadwrażliwość na lenalidomid lub którąkolwiek substancję pomocniczą.</li> </ol> <p><b>4. Kryteria zakończenia udziału w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) brak co najmniej minimalnej odpowiedzi ze strony komórek erytroidalnych po 4 cyklach leczenia, tj. zmniejszenia o co najmniej 50% zapotrzebowania na transfuzje w odniesieniu do ilości przetoczeń wykonanych w okresie 16 tygodni poprzedzających włączenie pacjenta do programu;</li> <li>2) ponowne uzależnienie od przetoczeń kkcż lub wzrost zapotrzebowania na przetoczenia kkcż;</li> <li>3) wystąpienie toksyczności na nieakceptowalnym poziomie, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;</li> <li>4) progresja choroby podstawowej (MDS);</li> <li>5) ciąża.</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>
--	--	--

**LECZENIE PACJENTÓW Z PRZERZUTOWYM GRUCZOLAKORAKIEM TRZUSTKI (ICD-10 C 25.0, C 25.1, C 25.2, C 25.3, C 25.5, C 25.6, C 25.7, C 25.8, C 25.9)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do programu</b></p> <p>Do leczenia w pierwszej linii nanocząsteczkowym kompleksem paklitakselu z albuminą w skojarzeniu z gemcytabiną do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie przerzutowego gruczolaka trzustki w stadium uogólnienia, potwierdzone histologicznie lub cytologicznie (leczenie nie dotyczy chorych z rozpoznaniem nowotworu wysp trzustkowych);</li> <li>2) stopień sprawności według skali Karnofsky'ego – 70 lub więcej;</li> <li>3) wiek 18 lat lub powyżej;</li> <li>4) wcześniejsze niestosowanie chemioterapii o paliatywnym założeniu (leczenie w sytuacji uogólnienia choroby);</li> <li>5) brak możliwości zastosowania chemioterapii według schematu FOLFIRINOX;</li> <li>6) obecność zmian nowotworowych możliwych do zmierzenia;</li> <li>7) prawidłowe wskaźniki czynności wątroby i nerek:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) stężenie bilirubiny mniejsze lub równe 1,5 raza górnej granicy wartości prawidłowych,</li> <li>b) stężenie kreatyniny mniejsze lub równe górnej granicy wartości prawidłowych;</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Lek zawierający nanocząsteczkowy kompleks paklitakselu z albuminą jest stosowany w skojarzeniu z gemcytabiną.</p> <p>Dawkowanie nanocząsteczkowego kompleksu paklitakselu z albuminą oraz gemcytabiny w leczeniu skojarzonym prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) TK brzucha i miednicy;</li> <li>2) RTG lub TK klatki piersiowej;</li> <li>3) TK innej lokalizacji, w zależności od umiejscowienia przerzutów;</li> <li>4) morfologia krwi;</li> <li>5) poziom AspAT i AlAT;</li> <li>6) stężenie bilirubiny;</li> <li>7) stężenie kreatyniny;</li> <li>8) EKG.</li> </ol> <p>Badania przy kwalifikacji winny być wykonywane w okresie nie dalszym niż 2 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia w programie za wyjątkiem badania TK, które może być wykonywane w okresie do 4 tygodni poprzedzających rozpoczęcie leczenia w programie.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przed każdym podaniem leku w programie wykonuje się następujące badania:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi;</li> </ol> </li> </ol>

8) wartość stężenia hemoglobiny – 10 g/dl lub większa.

Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci z przerzutowym gruczolakorakiem trzustki, leczeni *Paclitaxelum albuminatum* w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez oddziały NFZ.

## 2. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu

Do programu nie mogą zostać zakwalifikowani pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z następujących kryteriów:

- 1) liczba neutrofilii mniejsza niż 1500 w mm<sup>3</sup> lub liczba płytek krwi mniejsza niż 100 000 w mm<sup>3</sup>;
- 2) ciąża;
- 3) laktacja.

## 3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie w programie trwa do czasu wystąpienia kryteriów zakończenia udziału w programie.

Czasowe przerwanie leczenia następuje w przypadkach określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego.

## 4. Kryteria zakończenia udziału w programie

Z programu wyłączani są pacjenci w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:

- 1) progresja zmian mierzalnych ustalona według kryteriów RECIST na podstawie wyników badań obrazowych;
- 2) brak zadowalającej tolerancji leczenia (obecność niepożądanych działań w stopniach 3. lub 4.) mimo maksymalnego zredukowania dawki nanocząsteczkowego kompleksu

b) poziom AspAT i AlAT;

c) stężenie bilirubiny;

d) stężenie kreatyniny;

oraz dokonuje się oceny neurologicznej pacjenta;

2) co 2 cykle leczenia wykonuje się:

a) TK brzucha i miednicy lub MR jamy brzusznej;

b) RTG lub TK klatki piersiowej;

c) TK innej lokalizacji, w zależności od potrzeby klinicznej tj. umiejscowienia zmian przerzutowych;

d) w szczególnych, uzasadnionych klinicznie przypadkach, wykonuje się badanie PET/CT.

3) EKG w zależności od wskazań klinicznych.

## 3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

<p>paklitaksłu z albuminą i gemcytabiny zgodnie z zaleceniami właściwych Charakterystyk Produktów Leczniczych, które zostało przeprowadzone w związku z wystąpieniem działań niepożądanych;</p> <p>3) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.</p>		
---	--	--

**LECZENIE WRODZONYCH ZESPOŁÓW AUTOZAPALNYCH (ICD-10 E85, R50.9, D89.8, D89.9)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji pacjentów do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o analizę dokumentacji nadesłanej przez świadczeniodawcę.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia w programie</b></p> <p>Wrodzone zespoły autozapalne:</p> <p>a) okresowe zespoły zależne od kriopiryny (CAPS, ang. Cryopyrin-Associated Periodic Syndromes), w tym:</p> <p>a. noworodkowa zapalna choroba wieloukładowa (NOMID, ang. Neonatal-Onset Multisystem Inflammatory Disease), inna nazwa: przewlekły niemowlęcy zespół neurologiczno-skórnostawowy (CINCA, ang. Chronic Infantile Neurological, Cutaneous, Articular Syndrome),</p> <p>b. zespół Muckle-Wellsa (MWS, ang. Muckle-Wells Syndrome),</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkę anakinry należy dostosować indywidualnie dla danego pacjenta zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Badania obowiązkowe</b></p> <p>a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA), prokalcytonina, ferrytyna;</p> <p>b) morfologia krwi pełna z rozmazem;</p> <p>c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen;</p> <p>d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP;</p> <p>e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny;</p> <p>f) albuminy, proteinogram;</p> <p>g) ocena ciśnienia tętniczego;</p> <p>h) badanie ogólne moczu;</p> <p>i) badania serologiczne w kierunku zakażeń HBV, HCV;</p> <p>j) RTG klatki piersiowej;</p> <p>k) USG jamy brzusznej.</p> <p><b>1.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego</b></p> <p>a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu;</p>

<p>c. zespół rodzinnej pokrzywki indukowanej przez zimno (FCAS, ang. Familial Cold Autoinflammatory Syndrome);</p> <p>b) inne wrodzone zespoły autozapalne:</p> <p>a. TRAPS i inne zespoły autozapalne mediowane przez IL-1,</p> <p>b. FMF, po nieskuteczności leczenia maksymalną tolerowaną dawką kolchicyny;</p> <p>c) poligenowe zespoły autozapalne mediowane przez IL1:</p> <p>a. zespół Schnitzler;</p> <p>d) amyloidoza wtórna, zależna od zmian autozapalnych.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Zakończenie leczenia w programie</b></p> <p>Zakończenie leczenia powinno nastąpić w przypadku spełnienia przynajmniej jednego z kryteriów określonych w pkt a-d;</p> <p>a) nieakceptowane działania niepożądane lub nadwrażliwość na anakinrę;</p> <p>b) stwierdzenie nieskuteczności leczenia;</p> <p>c) ciężka niewydolnością nerek (klirens kreatyniny &lt; 30 ml/min.) - jeżeli jest to uzasadnione klinicznie w</p>		<p>b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN);</p> <p>c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka);</p> <p>d) ocena kardiologiczna lub ocena kardiologiczna z ECHO serca;</p> <p>e) konsultacja stomatologiczna;</p> <p>f) DZM na białko.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Monitorowanie terapii należy przeprowadzać co 3-6 miesięcy (zależnie od wieku pacjenta, jego stanu klinicznego i odpowiedzi na leczenie).</p> <p><b>2.1. Badania obowiązkowe</b></p> <p>Badania kontrolne w monitorowaniu leczenia wymienione w punktach a-g należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 8 tygodni w pierwszych 6 miesiącach leczenia i nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w kolejnych.</p> <p>a) OB, CRP, surowiczy amyloid (SAA);</p> <p>b) morfologia krwi pełna z rozmazem;</p> <p>c) układ krzepnięcia: APTT, INR, D-dimery, fibrynogen;</p> <p>d) próby wątrobowe: AlAT, AspAT, GGTP;</p> <p>e) kreatynina, mocznik w surowicy, klirens kreatyniny;</p> <p>f) badanie ogólne moczu, białko i mikroalbuminuria w moczu;</p> <p>g) ocena ciśnienia tętniczego.</p> <p><b>2.2. Badania opcjonalne, w zależności od wskazań klinicznych lub zgodnie z zaleceniami Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego.</b></p> <p>Badania kontrolne wymienione w punktach 8-10 należy przeprowadzać nie rzadziej niż raz na 12 miesięcy w zależności od stwierdzanych u</p>
---	--	--



<p>opinii Zespołu Koordynacyjnego lub lekarza prowadzącego;</p> <p>d) rezygnacja pacjenta z leczenia lub brak współpracy z pacjentem.</p>		<p>pacjenta objawów klinicznych oraz nieprawidłowości w badaniach dodatkowych stwierdzonych w trakcie kwalifikacji do leczenia.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) konsultacja laryngologiczna lub konsultacja laryngologiczna z badaniem słuchu;</li><li>b) konsultacja neurologiczna lub konsultacja neurologiczna z badaniem obrazowym (USG OUN lub MRI OUN);</li><li>c) badanie okulistyczne (odcinek przedni i dno oka).</li></ul> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ul>
---	--	--

**LECZENIE IDIOPATYCZNEGO WŁÓKNIENIA PŁUC (ICD-10 J84.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<i>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem pirfenidonu</i>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>Do leczenia pirfenidonem kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający wszystkie poniższe kryteria:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Wiek powyżej 18. roku życia;</li> <li>2) Rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc;</li> <li>3) W przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca;</li> <li>4) FVC powyżej 50% wartości należnej;</li> <li>5) DLco powyżej 30%;</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie w programie prowadzone jest do czasu spełnienia przez świadczeniobiorcę któregokolwiek kryterium wyłączenia z programu.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Sposób dawkowania pirfenidonu oraz ewentualne przerwanie leczenia prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Spirometria;</li> <li>2) Oznaczenie pojemności dyfuzyjnej CO (DLco);</li> <li>3) TKWR klatki piersiowej (tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości);</li> <li>4) Chirurgiczna biopsja płuc z oceną (badanie nieobligatoryjne) ;</li> <li>5) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;</li> <li>6) Aktywność AlAT i AspAT, bilirubina w surowicy, wskaźnik protrombinowy;</li> <li>7) Klirens kreatyniny endogennej;</li> <li>8) Morfologia krwi.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badania oceniające czynność układu oddechowego i skuteczność leczenia wykonywane co 6 miesięcy; <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Spirometria;</li> <li>b) DLco</li> <li>c) Gazometria krwi lub pulsoksymetria;</li> </ol> </li> </ol>

<p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Progresa choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia.</li> <li>2) Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>3) Obrzęk naczynioruchowy podczas stosowania pirfenidonu w wywiadzie;</li> <li>4) Jednoczesne stosowanie fluwoksaminy;</li> <li>5) Ciężkie zaburzenia czynności wątroby lub krańcowa niewydolność wątroby;</li> <li>6) Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) lub krańcowa niewydolność nerek wymagająca dializoterapii;</li> <li>7) Ciąża i karmienie piersią;</li> <li>8) Inne ciężkie i źle rokujące choroby np. aktywna choroba nowotworowa, ciężka niewydolność serca.</li> <li>9) Brak zgody na leczenie</li> </ol>		<ol style="list-style-type: none"> <li>2) TKWR klatki piersiowej co 12 miesięcy;</li> <li>3) Badania oceniające funkcję wątroby w czasie terapii: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Aktywność AlAT i AspAT oraz stężenie bilirubiny co miesiąc w ciągu pierwszych 6 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące;</li> </ol> </li> <li>4) Morfologia krwi co 6 miesięcy.</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</li> </ol>
<p><b><i>Leczenie idiopatycznego włóknienia płuc z zastosowaniem nintedanibu</i></b></p>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wiek <math>\geq</math> 18 lat;</li> <li>b) rozpoznanie idiopatycznego włóknienia płuc (IPF), na podstawie badania tomografii komputerowej wysokiej rozdzielczości – TKWR; po uprzednim wykluczeniu znanych przyczyn włóknienia płuc przez lekarza specjalistę chorób płuc;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania prowadzone są zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (TKWR) – jeśli nie była wykonana w ciągu ostatnich 12 miesięcy;</li> <li>2) w razie trudności diagnostycznych, w oparciu jedynie o obraz uzyskany w tomografii komputerowej, ocena próbek materiału histologicznego pochodzących z biopsji płuc;</li> </ol>

- c) w przypadku gdy badanie TKWR nie było wystarczające do postawienia diagnozy, konieczna jest ocena histopatologiczna materiału pobranego w czasie chirurgicznej biopsji płuca;
- d) FVC  $\geq$  50% wartości należnej;
- e) pojemność dyfuzyjna płuc DL<sub>CO</sub> powyżej 30%;
- f) brak przeciwwskazań do stosowania leku, tj.:
  - a. nadwrażliwość na lek,
  - b. ciąża,
  - c. karmienie piersią,
  - d. inne przeciwwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie należy kontynuować aż nie wystąpi którekolwiek z kryteriów wyłączenia z programu.

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) progresja choroby definiowana jako obniżenie FVC o co najmniej 10% w ciągu pierwszych 12 miesięcy leczenia, a następnie co 6 miesięcy, potwierdzone w dwóch badaniach spirometrycznych wykonanych w odstępie 2-4 tygodni mierzona co 6 miesięcy leczenia.
- 2) nadwrażliwość na nintedanib lub substancje pomocnicze;
- 3) ciąża lub karmienie piersią;
- 4) przeciwwskazania określone w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;
- 5) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia uniemożliwiającej jego kontynuację, wznowienie leczenia jest uwarunkowane ustąpieniem objawów

- 3) badanie spirometryczne;
- 4) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL<sub>CO</sub>
- 5) morfologia krwi;
- 6) oznaczenie stężenia kreatyniny, oznaczenie stężenia bilirubiny, aktywności aminotransferazy alaninowej, oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej, wskaźnika protrombinowego;
- 7) 12-odprowadzeniowe EKG.

## 2. Monitorowanie leczenia

- 1) badanie spirometryczne co 6 m-cy;
- 2) gazometria krwi lub pulsoksymetria co 6 m-cy;
- 3) badanie zdolności dyfuzji gazów w płucach - DL<sub>CO</sub> co 6 m-cy;
- 4) morfologia krwi co 6 miesięcy,
- 5) badanie czynności wątroby (aktywność aminotransferaz i stężenie bilirubiny) przy każdej wizycie;
- 6) 12-odprowadzeniowe EKG co 6 m-cy.

## 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

<p>toksyczności zgodnie z zapisami aktualnej Charakterystyki Produktu Leczniczego;</p> <p>6) rezygnacja pacjenta - wycofanie zgody na udział w programie.</p>		<p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	---

## LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA PODSTAWNOKOMÓRKOWEGO SKÓRY WISMODEGIBEM (ICD-10 C44)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Podstawnokomórkowego Skóry, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji:</b></p> <p>1.1. Histologicznie potwierdzone rozpoznanie miejscowo zaawansowanego raka podstawnokomórkowego skóry lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami odległymi u pacjentów, u których:</p> <p>1) Nowotwór jest w stadium nieoperacyjnym lub występują przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego, definiowane jako:</p> <p>a) nawrót BCC w tej samej lokalizacji po zabiegu chirurgicznym i niewielkie prawdopodobieństwo wyleczenia po kolejnej resekcji lub</p> <p>b) przewidywane ryzyko znaczącej niepełnosprawności/lub deformacji po ewentualnym zabiegu chirurgicznym lub</p> <p>c) inne przeciwwskazania do leczenia chirurgicznego (np. usunięcie części struktur twarzoczaszki, np. nosa, ucha, powieki, gałki ocznej, bądź konieczność amputacji kończyny);</p>	<p>Dawkowanie wismodegibu zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie miejscowo zaawansowanego lub objawowego raka podstawnokomórkowego skóry z przerzutami;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>4) oznaczenia stężenia kreatyniny;</li> <li>5) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>6) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;</li> <li>9) test ciążyowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);</li> <li>10) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala);</li> <li>11) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla oceny głębokości naciekania</li> </ol>

<p>2) stwierdzono progresję po radioterapii lub u których występują przeciwwskazania do radioterapii;</p> <p>3) przerzuty odległe są histopatologicznie potwierdzone jako ogniska raka podstawnkomórkowego – w przypadku pacjentów z podejrzeniem przerzutowego raka podstawnkomórkowego,</p> <p>1.2. Stan sprawności 0-2 wg ECOG;</p> <p>1.3. Wykluczenie współistnienia innych nowotworów złośliwych tzn. stanu po leczeniu lub w trakcie leczenia o założeniu paliatywnym (niezależnie od odpowiedzi na leczenie) albo niezyskanie całkowitej remisji po leczeniu o założeniu radykalnym;</p> <p>1.4. Adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:</p> <p>1) wyniki badań czynności wątroby:</p> <p>a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (GGN) lub, w przypadku pacjentów z udokumentowanym zespołem Gilberta, nieprzekraczające trzykrotności GGN;</p> <p>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie GGN;</p> <p>2) stężenie kreatyniny nieprzekraczające 2,0 mg/dL;</p> <p>3) stężenie hemoglobiny powyżej 8,5 g/dl;</p> <p>4) liczba granulocytów co najmniej 1000/<math>\mu</math>l;</p> <p>5) liczba płytek krwi co najmniej 75 000/<math>\mu</math>l;</p> <p>1.5. Kobiety w wieku rozrodczym i mężczyźni muszą spełniać wymogi antykoncepcji zawarte w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>1.6. Wiek <math>\geq</math>18 roku życia.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Kryteria uniemożliwiające udział w programie:</b></p> <p>1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p>		<p>nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych;</p> <p>12) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Wstępne badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić późniejszą obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.</p> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia:</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) oznaczenia stężenia kreatyniny;</p> <p>3) oznaczenie stężenia bilirubiny;</p> <p>4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</p> <p>5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</p> <p>6) oznaczenie aktywności fosfatazy zasadowej;</p> <p>7) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);</p> <p>8) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badania wykonuje się w czasie 6 pierwszych tygodni leczenia, a następnie nie rzadziej niż co 8 tygodni - przed decyzją o kontynuowaniu leczenia.</p> <p>W przypadku kobiet w wieku rozrodczym przepisanie wismodegibu powinno być ograniczone do 28 dni terapii, kontynuacja leczenia jest możliwa wyłącznie po uzyskaniu ujemnego wyniku testu ciążowego z próbki krwi.</p>
---	--	--

- 2) ciąża lub karmienie piersią;
- 3) nieprzestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn;
- 4) obecność innych przeciwwskazań do zastosowania wismodegibu zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.

### **3. Określenie czasu leczenia w programie:**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

### **4. Kryteria wyłączenia z programu:**

- 1) udokumentowana progresja w trakcie stosowania leku;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na wismodegib lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) działania niepożądane uniemożliwiające dalsze leczenie z zastosowaniem wismodegibu;
- 4) rezygnacja pacjenta z dalszego leczenia.

### **3. Monitorowanie skuteczności leczenia:**

#### **3.1. U pacjentów z miejscowo zaawansowanym rakiem podstawnkomórkowym skóry:**

- 1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala) nie rzadziej niż co 8 tyg. oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby;
- 2) badania KT lub MR odpowiedniego obszaru w przypadku miejscowo zaawansowanego BCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST – nie rzadziej niż co 8 tygodni oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby;
- 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Dla oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy:

Progresję choroby stwierdza się w przypadku zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub pojawienia się nowej zmiany lub nowego owrzodzenia, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. W przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST 1.1.



**3.2. U pacjentów z objawowym rakiem  
podstawokomórkowym skóry z przerzutami:**

- 1) badanie KT lub MR odpowiedniego obszaru - nie rzadziej niż co 8 tygodni oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby. W przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST 1.1;
- 2) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

**4. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

## LECZENIE EWEROLIMUSEM CHORYCH NA STWARDNIENIE GUZOWATE Z NIEKWALIFIKUJĄCYMI SIĘ DO LECZENIA OPERACYJNEGO GUZAMI PODWYŚCIÓŁKOWYMI OLBRZYMIOKOMÓRKOWYMI (SEGA) ICD-10 Q85.1

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia ewerolimusem w ramach programu kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający łącznie następujące kryteria:</p> <p>1) Stwardnienie guzowate potwierdzone badaniem genetycznym (geny TSC1, TSC2) lub pewne rozpoznanie kliniczne stwardnienia guzowatego według zmodyfikowanych kryteriów diagnostycznych (Northrup H et al. <i>Pediatr Neurol.</i> 2013;49:243-54).</p> <p><b>Kryteria większe:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. angiofibroma twarzy (<math>\geq 3</math>) lub płaskie włókniaki głowy;</li> <li>2. atraumatyczne włókniaki okołopaznokciowe (<math>\geq 2</math>);</li> <li>3. znamiona bezbarwne (<math>\geq 3</math>, o średnicy co najmniej 5 mm);</li> <li>4. ogniska skóry szagrynowej;</li> <li>5. mnogie hamartoma siatkówki;</li> <li>6. guzki korowe mózgu (Cortical dysplasias / tubers lub migration lines);</li> <li>7. guzki podwyściółkowe mózgu;</li> <li>8. gwiazdziak podwyściółkowy olbrzymiokomórkowy</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie jest ustalane indywidualnie na podstawie obliczonej powierzchni ciała (pc.) za pomocą wzoru Dubois'a, gdzie masa (m) wyrażona jest w kilogramach i wzrost (l) w centymetrach:</p> $pc. = (m^{0,425} \times l^{0,725}) \times 0,007184$ <p>Zalecana dawka początkowa ewerolimusu w leczeniu pacjentów z SEGA wynosi 4,5 mg/m<sup>2</sup> pc. Aby osiągnąć pożądaną dawkę można połączyć różne dawki tabletek produktu leczniczego ewerolimus.</p> <p>Minimalne stężenie ewerolimusu we krwi pełnej należy oceniać po około 2 tygodniach od rozpoczęcia leczenia. Dawkę należy ustalić w taki sposób, aby osiągnąć minimalne stężenie 5 do 15 ng/ml. Dawkę można zwiększyć, aby osiągnąć większe stężenie minimalne w obrębie zakresu docelowego, aby osiągnąć maksymalną skuteczność w zależności od tolerancji.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badanie genetyczne – geny TSC1, TSC2 w przypadku gdy rozpoznanie było ustalane na podstawie badania genetycznego.</li> <li>2) Badanie morfologii krwi z rozmazem.</li> <li>3) Badania biochemiczne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) aktywność transaminaz wątrobowych,</li> <li>b) stężenie bilirubiny,</li> <li>c) stężenie kreatyniny,</li> <li>d) stężenie glukozy,</li> <li>e) stężenie lipidów na czczo.</li> </ol> </li> <li>4) Serologiczne markery zakażenia HBV i HCV.</li> <li>5) Rezonans magnetyczny lub tomografia komputerowa głowy.</li> <li>6) Test ciążowy wg wskazań i zaleceń lekarza.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p>

<p>(SEGA);</p> <p>9. mięśniak prążkowanokomórkowy serca (rhabdomyoma);</p> <p>10. lymphangioleiomyomatoza (LAM - lymphangioleiomyomatosis);</p> <p>11. naczyniakomięśniakotłuszczaki (angiomyolipoma) nerek.</p> <p><b>Kryteria mniejsze:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. mnogie ubytki szkliva (&gt;3);</li> <li>2. włókniaki jamy ustnej (≥2);</li> <li>3. hamartoma o pozanerkowej lokalizacji;</li> <li>4. zmiany w siatkówce oka (retinal achromic patch);</li> <li>5. plamy na skórze typu „confetti” ;</li> <li>6. mnogie torbiele nerek.</li> </ol> <p>Rozpoznanie stwardnienia guzowego jest pewne, gdy spełnione są 2 duże kryteria lub 1 duże i ≥ 2 kryteria mniejsze.</p> <p>2) Obecność przynajmniej jednej zmiany SEGA, potwierdzona w badaniu MRI lub CT, niekwalifikującej się do leczenia chirurgicznego według opinii zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga.</p> <p>3) Zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według RECIST.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci uprzednio leczeni ewerolimusem w ramach innego sposobu finansowania terapii do czasu zakontraktowania przedmiotowego programu przez</p>	<p>Objętość SEGA należy ocenić po około 3 miesiącach leczenia ewerolimusem z uwzględnieniem kolejnych zmian dawki biorąc pod uwagę zmiany objętości SEGA, odpowiednie stężenie minimalne i tolerancję.</p> <p>Jeśli osiągnięto stałą dawkę, u pacjentów ze zmienną powierzchnią ciała minimalne stężenia należy monitorować co 3 do 6 miesięcy, a u pacjentów ze stałą powierzchnią ciała co 6 do 12 miesięcy, przez cały okres leczenia.</p> <p>Sposób podawania: Ewerolimus musi być podawany doustnie, raz na dobę o tej samej porze, z posiłkiem lub bez. Ewerolimus w postaci tabletek połyka się w całości popijając szklanką wody. Tabletek nie wolno żuć ani rozgryzać. Jeżeli pacjent nie jest w stanie połknąć tabletki, lek można całkowicie rozpuścić w szklance z wodą (około 30 ml) mieszając delikatnie, tuż przed przyjęciem leku. Po wypiciu zawiesiny, wszelkie pozostałości muszą być ponownie rozpuszczone w takiej samej ilości wody i następnie wypite.</p> <p>W przypadku pominięcia dawki, nie należy przyjmować dodatkowej dawki, ale przyjąć kolejną dawkę o zwykłej porze.</p> <p><b>Zalecenia dotyczące monitorowania stężenia terapeutycznego, dostosowania dawki ewerolimusu i postępowania w przypadku specjalnych grup pacjentów, oraz wystąpienia działań niepożądanych</b></p>	<p>1) Badanie głowy metodą rezonansu magnetycznego w 12 i 24 tygodniu oraz w 12-tym miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde kolejne 12 miesięcy oraz zawsze w sytuacji podejrzenia progresji choroby.</p> <p>2) Oznaczenie stężenia ewerolimusu we krwi za pomocą atestowanej metody: po 2 tygodniach leczenia, a następnie po wszelkich zmianach dawki ewerolimusu bądź po rozpoczęciu podawania lub zmianie dawkowania podawanych równocześnie induktorów lub inhibitorów CYP3A4.</p> <p>3) Co 4 tygodnie leczenia ewerolimusem, począwszy od 4 tygodnia leczenia w pierwszym roku, a następnie co 3 miesiące, począwszy od 12 miesiąca leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badanie morfologii krwi z rozmazem,</li> <li>b) podstawowe badania biochemiczne: <ul style="list-style-type: none"> <li>— aktywność transaminaz wątrobowych,</li> <li>— stężenie bilirubiny,</li> <li>— stężenie kreatyniny,</li> <li>— stężenie glukozy,</li> <li>— lipidogram na czczo.</li> </ul> </li> </ol> <p>4) Badanie czynnościowe i RTG płuc w przypadku wystąpienia objawów ze strony dróg oddechowych.</p> <p>5) Posiew pobranego materiału i/lub badania serologiczne krwi (plwocina, wymaz z jamy ustnej i gardła, wymaz z rany itd.) w przypadku podejrzenia czynnego zakażenia grzybiczego, wirusowego lub bakteryjnego.</p> <p>6) Oznaczenie poziomu DNA/RNA wirusa zapalenia wątroby</p>
---	--	---

<p>oddziały NFZ.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) Pacjenci kwalifikujący się wg zespołu złożonego z onkologa i neurochirurga lub neurologa i neurochirurga do zabiegu chirurgicznego związanego z SEGA.</p> <p>2) Istotne zaburzenia hematologiczne, zaburzenia wątroby lub nerek (poziom aktywności transaminaz &gt;2.5x górna granica normy lub stężenie bilirubiny w osoczu &gt;1.5x górna granica normy lub stężenie kreatyniny w surowicy &gt;1.5x górna granica normy, stężenie hemoglobiny &lt; 9 g/dl, liczba płytek krwi &lt;80 000/mm<sup>3</sup>, całkowita liczba neutrofilów &lt;1 000 /mm<sup>3</sup>).</p> <p>3) Trwające lub aktywne zakażenie w chwili włączenia do programu.</p> <p>4) Chorzy z wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C.</p> <p>5) Zabieg chirurgiczny (polegający na otwarciu jamy ciała lub wymagający założenia szwów) w ciągu miesiąca poprzedzającego rozpoczęcie leczenia.</p> <p>6) Niekontrolowana hiperlipidemia: stężenie cholesterolu na czczo w surowicy &gt;300 mg/dl i stężenie triglicerydów</p>	<p><b>oraz specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności zawarte są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</b></p>	<p>typu B/C oraz poziomu przeciwciał w przypadku podejrzenia zakażenia lub reaktywacji zakażenia.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu:</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	--

<p>na czczo <math>&gt;2.5</math> x górna granica normy.</p> <p>7) Niekontrolowana cukrzyca, zdefiniowana jako <math>HbA1c &gt; 8g/dl</math>.</p> <p>8) Chorzy ze stwierdzoną nadwrażliwością na ewerolimus lub inne analogi rapamycyny (syrolimus, temsyrolimus) lub substancje pomocnicze preparatu.</p> <p>9) Chore w ciąży lub karmiące piersią.</p> <p>10) Nawracająca lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria).</p> <p>11) Progresja choroby w trakcie stosowania leku udokumentowana badaniem MRI głowy wykonywanym w 12 i 24 tygodniu oraz w 12-tym miesiącu od rozpoczęcia leczenia, a następnie co każde kolejne 12 miesięcy oraz zawsze w sytuacji podejrzenia progresji choroby (oceniana według skali RECIST).</p> <p>12) Wystąpienie w trakcie terapii inwazyjnego zakażenia grzybiczego</p> <p>13) Brak współpracy w zakresie leczenia ze świadczeniobiorcą lub jego prawnymi opiekunami.</p>		
--	--	--

**LECZENIE ZABURZEŃ MOTORYCZNYCH W PRZEBIEGU ZAAWANSOWANEJ CHOROBY PARKINSONA (ICD-10 G.20)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Zaburzeń Motorycznych w Przebiegu Choroby Parkinsona, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie choroby Parkinsona wg powszechnie przyjętych kryteriów w (<i>United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank Criteria</i>);</li> <li>2) czas trwania choroby powyżej 5 lat;</li> <li>3) zaawansowana postać choroby, tj. stany off i/lub on z uciążliwymi dyskinezami trwające co najmniej 50% czasu aktywności dobowej pacjenta, udokumentowany zapisami w dzienniczku Hausera;</li> <li>4) potwierdzona skuteczność stosowania lewodopy we wcześniejszym leczeniu;</li> <li>5) wyczerpanie możliwości prowadzenia skutecznej terapii co najmniej dwoma lekami doustnymi o różnych mechanizmach działania lub wystąpienie działań niepożądanych, związanych ze stosowaniem tych leków;</li> <li>6) codzienna obecność i pomoc ze strony opiekuna, który będzie w stanie obsłużyć PEG oraz pompę.</li> </ol> <p><b>1.2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ciężka depresja w skali Becka lub znaczne nasilenie dysfunkcji poznawczych, uniemożliwiające dalszą współpracę chorego, a tym</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą</b></p> <p><b>1.1. Sposób podania</b></p> <p>Za pomocą specjalnej pompy, w postaci ciągłego wlewu dojelitowego, przez przeskórną gastrostomię (PEG).</p> <p><b>1.2. Dawkowanie</b></p> <p>Zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>W okresie dostosowania dawki, lewodopa z karbidopą są podawane w postaci ciągłego wlewu dojelitowego przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, w zmiennej dawce, zależnej od potrzeby klinicznej. W tym czasie określa się reaktywność choroby na tę formę terapii i ustala właściwą dawkę.</p> <p>Po ostatecznym zakwalifikowaniu chorego do objęcia programem terapeutycznym podaje się lewodopę z karbidopą w postaci ciągłego wlewu dojelitowego za pomocą zewnętrznej pompy, przez gastrostomię (PEG), w dawce ustalonej podczas leczenia w okresie wstępnym.</p> <p>Dawka dobową leku zawarta jest z reguły w</p>	<p><b>1. Leczenie lewodopą podawaną z karbidopą</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off/on z uciążliwymi dyskinezami);</li> <li>2) ocena neuropsychologiczna zaburzeń nastroju (kwestionariusz Becka);</li> <li>3) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination);</li> <li>4) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);</li> <li>6) badanie układu krzepnięcia;</li> <li>7) kwalifikacja przez chirurga / gastroenterologa do PEG.</li> </ol> <p><b>1.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem, co 6 miesięcy;</li> <li>2) AspAT, AlAT, co 6 miesięcy;</li> <li>3) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off / on z uciążliwymi dyskinezami) co 3 miesiące w pierwszym roku terapii, a następnie co 6 miesięcy;</li> <li>4) badanie neuropsychologiczne, tj: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) ocena nastroju (kwestionariusz Becka), co 6 mies.;</li> </ol> </li> </ol>

<p>samym skuteczną kontynuację terapii;</p> <p>2) przeciwwskazania do stosowania systemu DuoDopa zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</p> <p><b>1.3. Czas leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>1.4. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) brak potwierdzonej skuteczności leczenia w czasie wstępnego okresu oceny skuteczności, trwającego do 7 dni, podczas którego ustala się w ramach hospitalizacji, czy ciągły wlew dojelitowy lewodopy z karbidopą, podawanych w postaci żelu przez sondę nosowo-dwunastniczą lub nosowo-dojelitową, przynosi pożądany efekt kliniczny oraz ustala się wstępną dawkę leku. Pożądany efekt kliniczny zdefiniowano jako redukcję o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie off lub w stanie on z uciążliwymi dyskinezami;</li> <li>2) niedające się opanować powikłania chirurgiczne, związane z PEG;</li> <li>3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;</li> <li>4) utrata skuteczności leczenia mimo prób dostosowania dawek leku, w okresie 6 mies. od implantacji systemu.</li> </ol> <p><b>2. Leczenie apomorfiną</b></p> <p><b>2.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek &gt;18. r.ż.;</li> <li>2) rozpoznana idiopatyczna postać choroby Parkinsona według powszechnie przyjętych kryteriów (<i>United Kingdom Parkinson's Disease Brain Bank Criteria</i>);</li> <li>3) czas trwania choroby powyżej 5 lat;</li> <li>4) zaawansowana postać choroby, tj. stany off i/lub on z uciążliwymi dyskinezami trwające co najmniej 50% czasu aktywności dobowej pacjenta, udokumentowany zapisami w dzienniczku Hausera, które utrzymują się mimo stosowania optymalnego leczenia</li> </ol>	<p>jednej kasetce o pojemności 100 ml. W rzadkich przypadkach konieczne może być podanie większej dawki leku.</p> <p><b>2. Leczenie apomorfiną</b></p> <p>Dawkowanie zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Miejsce wkłucia infuzji zmienia się co 16 godz. w celu zmniejszenia prawdopodobieństwa wystąpienia reakcji skórnych;</li> <li>2) Maksymalna dobową dawkę apomorfiny nie powinna przekraczać 100 mg.</li> </ol> <p>W czasie prowadzenia leczenia apomorfiną modyfikuje się, stosownie do potrzeb, dawki leków doustnych.</p> <p>Niezbędne jest ustalone podawanie pacjentowi domperidonu w dawce zazwyczaj 20 mg trzy razy na dobę. Terapię domperidonem należy rozpocząć dzień przed rozpoczęciem terapii apomorfiną oraz kontynuować tak, aby łączny okres przyjmowania domperidonu trwał od 3 do maksymalnie 7 dni.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination), co 12 mies.;</li> <li>5) korekta dotychczasowego leczenia: odstawienie lub dodanie innych leków lub korekta dawki Duodopy, doraźnie w miarę potrzeby;</li> <li>6) radiologiczna ocena położenia cewnika w jelicie w wstępnym okresie leczenia oraz po założeniu PEG.</li> </ol> <p><b>2. Leczenie apomorfiną</b></p> <p><b>2.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off/on z uciążliwymi dyskinezami);</li> <li>2) ocena neuropsychologiczna zaburzeń nastroju (kwestionariusz Becka);</li> <li>3) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination);</li> <li>4) ocena stanu pacjenta w skali: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) UPDRS część III-IV - ocena zaburzeń ruchowych i zaburzeń okresu późnego;</li> <li>b) Becka - ocena nastroju;</li> </ol> </li> <li>5) ocena funkcji poznawczych (stopień otępienia) w ocenie psychologa;</li> <li>6) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>7) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);</li> <li>8) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy;</li> <li>9) badanie mające na celu wykluczenie ciąży u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>10) badanie EKG.</li> </ol> <p><b>2.2. Monitorowanie leczenia apomorfiną</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem, co 6 miesięcy;</li> </ol>
--	--	--

farmakologicznego za pomocą doustnych leków przeciw chorobie Parkinsona;

- 5) brak przeciwwskazań do stosowania apomorfiny, wynikających z:
- a) istotnych klinicznie zaburzeń psychiatrycznych stwierdzonych w wywiadzie;
  - b) istotnych klinicznie objawów hipotonii ortostatycznej;
  - c) istotnych klinicznie zaburzeń rytmu serca;
- 6) współpraca pacjenta lub jego opiekuna w trakcie terapii.

## 2.2. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu

- 1) nadwrażliwość na pochodne morfiny lub substancje pomocnicze produktu;
- 2) jednoczesne leczenie za pomocą wlewów dojelitowych lewodopy;
- 3) atypowy parkinsonizm;
- 4) nasilone otępienie;
- 5) depresja oddechowa;
- 6) klinicznie istotne zaburzenia psychiatryczne;
- 7) klinicznie istotna hipotonia ortostatyczna;
- 8) niestabilne, klinicznie istotne choroby:
  - a) sercowo-naczyniowe;
  - b) wątroby;
  - c) nerek;
  - d) hematologiczne;
- 9) ciąża i karmienie piersią.

## 2.3. Czas leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.

## 2.4. Kryteria wyłączenia

- 1) ciężka depresja;

- 2) AspAT, AlAT, co 6 miesięcy;
- 3) ocena stanu ruchowego (czas spędzany w stanie off / on z uciążliwymi dyskinezami) co 3 miesiące w pierwszym roku terapii, a następnie co 6 miesięcy;
- 4) badanie neuropsychologiczne, tj:
  - a) ocena nastroju (kwestionariusz Becka), co 6 mies.;
  - b) ocena zaburzeń poznawczych (skala Addenbrooke's Cognitive Examination), co 12 mies.;
- 5) po 30 dniach od pierwszego podania apomorfiny wykonanie następujących badań:
  - a) morfologia krwi z rozmazem;
  - b) badanie ogólne moczu;
  - c) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);
  - d) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy;
  - e) poziom bilirubiny;
  - f) badanie EKG;
- 6) kontrola stanu pacjenta co miesiąc w ciągu pierwszych 3 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące;
- 7) po ustaleniu sposobu dawkowania co 12 miesięcy wykonuje się badania:
  - a) morfologia krwi z rozmazem;
  - b) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);
  - c) poziom kreatyniny i mocznika w surowicy;
  - d) badanie EKG;
- 8) konsultacje neuropsychologiczne w celu oceny wpływu terapii na funkcje poznawcze, przeprowadzane po roku terapii, a następnie z częstotnością 1/rok – decyzję o zasadności ich



- 2) brak współpracy pacjenta lub opiekuna;
- 3) niepełna lub niewystarczająca odpowiedź na leczenie, tj. nie osiągnięcie w ciągu 3 miesięcy leczenia obu poniższych parametrów:
  - a) poprawy w stanie *on* w stosunku do stanu *off*, wyrażającej się obniżeniem wyniku III części skali UPDRS o co najmniej 20% po ustaleniu dawki optymalnej;
  - b) redukcja o co najmniej 30% czasu spędzanego w stanie *off* lub w stanie *on* z uciążliwymi dyskinezami;
- 4) pogorszenie w trakcie kontynuacji leczenia osiągniętego poziomu sprawności określonej w definicji odpowiedzi na leczenie pomimo stosowania optymalnych/maksymalnych dawek leku;
- 5) wystąpienie nadwrażliwości na chlorowodorek apomorfiny lub substancje pomocnicze;
- 6) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie.

przeprowadzania podejmuje lekarz prowadzący w oparciu o stan kliniczny chorego.

### **3. Monitorowanie programu**

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, na zakończenie leczenia;
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ IBRUTYNIBEM (ICD 10: C91.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<b>Część I. Ibrutinib w leczeniu chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (chorzy z delecją 17p lub mutacją TP53)</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Chorzy z rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają łącznie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) obecność delecji 17p i/lub mutacji w genie <i>TP53</i>;</li> <li>2) stan sprawności według WHO 0 – 2;</li> <li>3) wiek powyżej 18 r.ż.</li> </ol> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie w programie powinno być kontynuowane do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania z Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p><b>3. Kryteria wykluczające udział w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) jednoczesne stosowanie warfaryny lub innych antagonistów witaminy K;</li> <li>2) niewydolność wątroby klasa C wg Child-Pugh;</li> <li>3) niewydolność serca stopień III i IV wg NYHA;</li> <li>4) aktywne ciężkie zakażenie;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka ibrutinibu w PBL – 420 mg (3 kapsułki) podawane 1 x na dobę.</p> <p>Zmiana dawkowania leku powinna być prowadzona zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przed włączeniem leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym;</li> <li>2) badanie w kierunku delecji 17p i/lub mutacji w genie <i>TP53</i>;</li> <li>3) badania biochemiczne (stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego);</li> <li>4) badania niezbędne do oceny stopnia niewydolności wątroby wg skali Child-Pugh w tym stężenie bilirubiny całkowitej, stężenie albumin, czas protrombinowy;</li> <li>5) EKG.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania przeprowadzane 1 x w miesiącu: <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia krwi ze wzorem odsetkowym;</li> </ul> </li> <li>2) badania przeprowadzane co 3 miesiące: <ul style="list-style-type: none"> <li>– badania biochemiczne (aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej),</li> <li>– badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia</li> </ul> </li> </ol>

<p>5) ciąża; 6) nadwrażliwość na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 7) udział w programie wczesnego dostępu do leczenia ibrutynibem.</p> <p><b>4. Kryteria zakończenia udziału w programie</b></p> <p>1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka; 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą; 3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>		<p>(iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą.</p> <p>Okresowe monitorowanie stężenia kreatyniny we krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Okresowe badania w celu wykrycia migotania przedsionków – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>2) Uzupelnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.</p> <p>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
<p><b>Część II. Ibrutynib w leczeniu chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową (chorzy bez delecji 17p lub mutacji TP53)</b></p>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Chorzy z rozpoznaniem opornej lub nawrotowej przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają łącznie poniższe kryteria (1-3):</p> <p>1) brak delecji 17 p i/lub mutacji w genie TP53;</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka ibrutynibu w PBL – 420 mg (3 kapsułki) podawane 1 x na dobę.</p>	<p><b>1. Badania przed włączeniem leczenia</b></p> <p>1) morfologia krwi obwodowej ze wzorem odsetkowym; 2) badania biochemiczne (stężenie kreatyniny, stężenie kwasu moczowego);</p>

<p>2) stan sprawności według WHO 0 – 2;</p> <p>3) wiek powyżej 18 r.ż;</p> <p>oraz jedno z poniższych kryteriów:</p> <p>a) nawrót/progresja choroby po lub brak odpowiedzi na leczenie z zastosowaniem schematu zawierającego wenetoklaks w skojarzeniu z przeciwciałem antyCD20</p> <p>b) przeciwwskazania medyczne do zastosowania schematu zawierającego wenetoklaks w skojarzeniu z rytuksymabem zgodne z ChPL lub jedno z poniższych przeciwwskazań:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– jednoczesne stosowanie silnych inhibitorów/induktorów CYP3A4 w czasie miareczkowania dawki wenetoklaksu,</li> <li>– jednoczesne stosowanie preparatów zawierających dziurawiec zwyczajny,</li> <li>– aktywne, ciężkie zakażenia,</li> <li>– stan silnie obniżonej odporności,</li> <li>– nadwrażliwość na wenetoklaks i/lub rytuksymab i/lub białka mysie i/lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatów,</li> <li>– aktywne zapalenie wątroby typu B.</li> </ul> <p>u chorych z wczesnym nawrotem PBL po pierwszej linii immunochemioterapii (definiowany jako progresja PBL pomiędzy 6. a 24 mies. od zakończenia uprzedniego leczenia) albo u chorych z opornością na immunochemioterapię (definiowaną jako brak odpowiedzi lub nawrót PBL do 6 mies. od zakończenia uprzedniego leczenia)</p> <p>c) toksyczność niepozwalająca na kontynuację leczenia wenetoklaksem i przeciwciałem anty-CD20.</p> <p>Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są pacjenci leczeni ibrutynibem w ramach ratunkowego dostępu do technologii lekowych, o ile na dzień rozpoczęcia terapii</p>	<p>Zmiana dawkowania leku powinna być prowadzona zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>3) badania niezbędne do oceny stopnia niewydolności wątroby wg skali Child-Pugh w tym stężenie bilirubiny całkowitej, stężenie albumin, czas protrombinowy;</p> <p>4) EKG.</p> <p><b>2. Monitorowanie skuteczności i bezpieczeństwa leczenia</b></p> <p>1) badania przeprowadzane 1 x w miesiącu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia krwi ze wzorem odsetkowym</li> </ul> <p>2) badania przeprowadzane co 3 miesiące:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– badania biochemiczne (aktywność AST, ALT, stężenie bilirubiny całkowitej),</li> <li>– badania pozwalające na ocenę skuteczności leczenia, zgodnie z aktualnie obowiązującymi zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukaemia (iwCLL) z uwzględnieniem kategorii odpowiedzi częściowej z limfocytozą.</li> </ul> <p>Okresowe monitorowanie stężenia kreatyniny we krwi u chorych z zaburzeniami czynności nerek – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Okresowe badania w celu wykrycia migotania przedsionków – zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>2) Uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z</p>
---	---	---

spełniali kryteria kwalifikacji wskazane w punkcie 1a lub 1b lub 1c oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów niepozwalających na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo, określonych w pkt. 3.

## **2. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie w programie powinno być kontynuowane do czasu wystąpienia progresji choroby lub nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania z Charakterystyki Produktu Leczniczego.

## **3. Kryteria wykluczające udział w programie**

- 1) jednoczesne stosowanie warfaryny lub innych antagonistów witaminy K;
- 2) niewydolność wątroby klasa C wg Child-Pugh;
- 3) niewydolność serca stopień III i IV wg NYHA;
- 4) aktywne ciężkie zakażenie;
- 5) ciąża;
- 6) nadwrażliwość na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 7) udział w programie wczesnego dostępu do leczenia ibrutynibem.

## **4. Kryteria zakończenia udziału w programie**

- 1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na ibrutynib lub którąkolwiek substancję pomocniczą;

częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.

- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.		
--	--	--

**PIKSANTRON W LECZENIU CHORYCH NA CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE (ICD-10 C83, C85)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzony histologicznie agresywny chłoniak nieziarniczy z limfocytów B (ICD-10 C83, C85);</li> <li>2) wiek <math>\geq</math> 18 rok życia;</li> <li>3) stan sprawności według WHO 0-2;</li> <li>4) udokumentowane niepowodzenie 2-giej lub 3-ciej linii chemioterapii (lek może być zastosowany tylko w 3 lub 4 linii leczenia);</li> <li>5) LVEF <math>\geq</math> 45% - ocena metodą ECHO; niewystępowanie niewyrównanej niewydolności serca lub niestabilnego zespołu wieńcowego.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie piksantronem kontynuuje się do maksymalnie 6 cykli z zastrzeżeniem pkt. 4 (poniżej).</p> <p><b>3. Kryteria niepozwalające na zakwalifikowanie do programu ze względu na bezpieczeństwo</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nadwrażliwość na piksantron lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka piksantronu wynosi 50 mg/m<sup>2</sup> pow. ciała w postaci infuzji dożylniej podawanej w 1., 8. oraz 15. dniu każdego 28-dniowego cyklu – przez nie więcej niż 6 cykli.</p> <p>Piksantron jest przeznaczony do podawania w powolnym wlewie dożylnym (trwającym co najmniej 60 minut) za pomocą zestawu do infuzji wyposażonego w filtr, wyłącznie po uprzednim rozpuszczeniu w 5 ml 0,9% roztworu chlorku sodu (9 mg/ml) do wstrzykiwań i po dalszym rozcieńczeniu w 0,9% roztworze chlorku sodu do wstrzykiwań do ostatecznej objętości 250 ml.</p> <p><b>2. Modyfikacja dawki</b></p> <p>Dawkowanie piksantronu kontynuuje się lub modyfikuje (dawkę leku lub rytm podawania w cyklu) na podstawie obserwacji klinicznych i wyników badań laboratoryjnych, zgodnie z zaleceniami zawartymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) stężenie bilirubiny całkowitej; AspAT, ALAT</li> <li>3) stężenie kreatyniny;</li> <li>4) badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne) mające na celu udokumentowanie podpunktu 4 kryteriów kwalifikacji;</li> <li>5) EKG;</li> <li>6) ocena LVEF wykonana metodą ECHO.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Badania wykonywane:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przed każdym podaniem leku: <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>– stężenie kreatyniny,</li> <li>– stężenie bilirubiny;</li> </ul> </li> <li>2) co drugi cykl leczenia: <ul style="list-style-type: none"> <li>– ECHO serca z oceną EF oraz EKG (przed podaniem leku w pierwszym dniu 28-dniowego cyklu);</li> </ul> </li> <li>3) w razie podejrzenia progresji choroby:</li> </ol>

- 2) bezwzględna liczba neutrofilów  $<1,0 \times 10^9/l$  lub liczba płytek krwi  $<75 \times 10^9/l$ ; o ile nie wynika to z nacieczenia szpiku w przebiegu chłoniaka;
- 3) ciąża lub karmienie piersią;
- 4) całkowity poziom bilirubiny  $\geq 1,5 \times \text{GGN}$ , kreatyniny  $\geq 1,5 \times \text{GGN}$ , AspAT oraz ALAT  $\geq 2 \times \text{GGN}$  (w przypadku zajęcia wątroby  $\geq 5 \times \text{GGN}$ ).

#### 4. Kryteria zakończenia udziału w programie

- 1) progresja choroby;
- 2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na piksantron lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) stan sprawności według WHO 3-4;
- 4) kardiotoksyczność 3. lub 4. stopnia wg NYHA lub utrzymujący się spadek LVEF  $\geq 15\%$  w stosunku do stanu wyjściowego nie ustępujące pomimo odroczenia leczenia o 28 dni;
- 5) utrzymująca się powyżej 28 dni, toksyczność spowodowana lekiem, 3. lub 4. stopnia (inna niż , nudności i wymioty) nie ustępująca pomimo odroczenia leczenia o 28 dni;
- 6) ciąża.

– odpowiednie badania obrazowe (w tym USG lub RTG lub TK lub RM lub inne).

#### 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.



**LECZENIE ATYPOWEGO ZESPOŁU HEMOLITYCZNO-MOCZNICOWEGO (aHUS) (ICD-10 D 59.3)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria włączenia</b></p> <p>Podczas kwalifikacji do programu oraz gdy jest to wskazane w opisie programu, udział pacjenta w programie wymaga uzyskania akceptacji za pośrednictwem aplikacji SMPT przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Atypowego Zespołu Hemolityczno-mocznicowego, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Do czasu aktualizacji aplikacji SMPT, dopuszcza się udział pacjenta w programie na podstawie akceptacji Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia atypowego zespołu hemolityczno-mocznicowego, uzyskanej w inny sposób niż za pośrednictwem aplikacji SMPT. Ponadto, gdy jest to zaznaczone w opisie programu, udział pacjenta może wymagać uzyskania indywidualnej zgody Zespołu, o którym mowa powyżej.</p> <p>Do leczenia ekulizumabem kwalifikowani są pacjenci z atypowym zespołem hemolityczno-mocznicowym:</p> <p>1) pacjenci z aHUS z następującymi objawami mikroangiopatii zakrzepowej:</p> <p>a) trombocytopenia oraz hemoliza: liczba płytek <math>&lt;150 \times 10^9/L</math> lub <math>\geq 25\%</math> spadek w stosunku do stanu wyjściowego i podwyższone stężenie LDH lub rozpad krwinek czerwonych (obecność schistocytów) lub niskie stężenie haptoglobiny lub anemia hemolityczna</p> <p>lub</p> <p>b) biopsja tkankowa potwierdzająca mikroangiopatię zakrzepową oraz</p> <p>c) związane z mikroangiopatią zakrzepową uszkodzenie narządów:</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie preparatu ekulizumab zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) aktywność ADAMTS13; u dzieci z obniżonym eGFR można wdrożyć leczenie w oczekiwaniu na wynik badania;</li> <li>2) badanie STEC (PCR lub hodowla bakteryjna) w pierwszym rzucie choroby;</li> <li>3) wykonanie badania potwierdzającego lub wykluczającego ciążę (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> <li>4) dehydrogenaza mleczanowa całkowita (LDH);</li> <li>5) stężenie haptoglobiny (Hp) lub schistocyty;</li> <li>6) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>7) badanie ogólne moczu;</li> <li>8) stężenie kreatyniny i wyliczony eGFR;</li> <li>9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT) i alaninowa (AlAT);</li> <li>10) badania układu dopełniacza C3, CH50; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</li> <li>11) badania genetyczne w kierunku przyczyn genetycznych aHUS; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</li> <li>12) przeciwciała anty H; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</li> <li>13) test Coombsa; leczenie można wdrożyć w oczekiwaniu na wynik;</li> <li>14) w przypadku występowania u pacjentów: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) objawów neurologicznych <ul style="list-style-type: none"> <li>- rezonans magnetyczny z angiografią</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>

- zaburzenia czynności nerek potwierdzone poziomem kreatyniny w surowicy > górna granica normy dla wieku  
lub hemodializa,  
lub białkomocz/ albuminuria  
lub
- powikłania pozanerkowe wywołane mikroangiopatią tkankową, takie jak:  
powikłania sercowo-naczyniowe, lub neurologiczne, lub żołądkowo-jelitowe lub płucne

lub

- 2) pacjenci z aHUS, u których stosowana jest plazmafereza/przetoczenie osocza;
- 3) pacjenci z aHUS zakwalifikowani do przeszczepu nerki;
- 4) u ww. grup pacjentów z aHUS wymagane są wyniki badań:
  - a) aktywność ADAMTS-13 >5%,
  - b) negatywny wynik badania STEC (Shiga-Toxin Escherichia coli) w teście (PCR) lub hodowli bakteryjnej w pierwszym rzucie choroby;
- 5) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym wymagana jest zgoda na świadomą kontrolę urodzeń w czasie leczenia i w ciągu 5 miesięcy od zastosowania ostatniej dawki ekulizumabu;
- 6) wykonanie obowiązkowego szczepienia przeciw meningokokom, w przypadku konieczności wdrożenia leczenia przed upływem 2 tygodni po wykonaniu szczepienia przeciw meningokokom - profilaktyka antybiotykowa.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

- 1) Kryteria kwalifikacji i wyłączenia z programu określają czas leczenia w programie;
- 2) Po 6 miesiącach od rozpoczęcia leczenia ośrodek prowadzący występuje do Zespołu Koordynacyjnego z wnioskiem o kontynuację lub czasowe przerwanie leczenia z uzupełnieniem wyników badań układu dopełniacza i badań genetycznych;

- lub tomografia komputerowa ośrodkowego układu nerwowego;

b) objawów ze strony układu pokarmowego:

- amylaza, lipaza oraz usg jamy brzusznej;

c) objawów ze strony układu sercowo-naczyniowego:

- troponina T lub troponina I, lub EKG, lub ECHO serca

- lub cewnikowanie serca;

## 2. Monitorowanie leczenia

- 1) W czasie leczenia początkowego (tj. przez pierwsze 4 tygodnie) monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w pkt. 1 oraz CH50, przed każdą infuzją (u osób > 40kg raz w tygodniu, u dzieci zgodnie z dawkowaniem preparatu w ChPL);
- 2) Począwszy od 5 tygodnia monitorowanie leczenia obejmuje wykonywanie badań wyszczególnionych jako pozycje 4-8 w pkt. 1 przed każdą infuzją (co 2 tygodnie, a u dzieci <10kg co 3 tygodnie) oraz badanie CH50 (co miesiąc, a u dzieci < 10kg, co 6 tygodni);
- 3) Po upływie 3 miesięcy monitorowanie leczenia opisane w pkt 1 odbywa się raz w miesiącu, a u dzieci < 10kg raz na 6 tygodni;
- 4) Po upływie 1 roku leczenia monitorowanie leczenia opisane w pkt 1 odbywa się raz na 3 miesiące;
- 5) U chorych z wyjściowymi dodatnimi p-ciałami antyH monitorowanie stężenia p-ciał odbywa się raz na 3 miesiące.

## 3. Monitorowanie w czasie czasowego przerwania leczenia

W pierwszym roku co miesiąc oraz przy każdej infekcji, a w kolejnych latach co najmniej raz na 3 miesiące (u kobiet w ciąży oraz połogu co miesiąc):

- 1) badanie moczu (białkomocz, erytrocyturia);
- 2) morfologia (Hb, liczba płytek).

<p>a) Zespół Koordynacyjny ds. leczenia aHUS podejmuje decyzje o kontynuacji leczenia ekulizumabem u chorych z wysokim ryzykiem nawrotu choroby;</p> <p>b) Zespół Koordynacyjny podejmuje decyzję o możliwości czasowego przerwania podawania ekulizumabu u chorych z niskim ryzykiem nawrotu choroby, u których uzyskano remisję objawów i powrót prawidłowej funkcji narządów wewnętrznych;</p> <p>3) Lekarz prowadzący może podjąć decyzję o czasowym zawieszeniu w podawaniu leku u kobiet ciężarnych lub karmiących piersią, zgodnie z ChPL, jeżeli dalsze leczenie nie jest bezwzględnie konieczne – lekarz prowadzący informuje Zespół Koordynacyjny o czasowym zawieszeniu oraz o ewentualnym wznowieniu leczenia;</p> <p>4) Chorzy, u których czasowo przerwano leczenie, wymagają systematycznej oceny nawrotu mikroangiopatii zakrzepowej;</p> <p>5) Chorzy, u których wystąpi nawrót choroby (określony na podstawie kryteriów włączenia punkt 1.1), będą ponownie włączani do podawania ekulizumabu na podstawie zgłoszenia lekarza prowadzącego do SMPT bez konieczności ponownej kwalifikacji przez Zespół Koordynujący.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) brak efektu leczenia ekulizumabem (utrzymywanie się aktywnej mikroangiopatii zakrzepowej mimo 3 miesięcznego leczenia);</p> <p>2) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;</p> <p>3) nadwrażliwość na ekulizumab, białka mysie lub substancje pomocnicze;</p> <p>4) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;</p> <p>5) wycofanie przez pacjenta zgody na leczenie;</p> <p>W razie zakończenia leczenia u pacjenta z powodu zaistnienia ww. kryteriów wyłączenia, ponowne rozpoczęcie leczenia wymaga decyzji Zespołu Koordynującego.</p>		<p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolera Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	--

**LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA PIERWOTNĄ MAŁOPLYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10: D69.3)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem</b></p> <p>1) wiek <math>\geq 18</math> lat;</p> <p>2) rozpoznanie pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP);</p> <p>3) niedostateczna odpowiedź na inne sposoby leczenia farmakologicznego np. kortykosteroidy, dożylnie immunoglobuliny;</p> <p>4) w przypadku kwalifikacji do leczenia:</p> <p>a) eltrombopagiem – przeciwskazania do wykonania splenektomii w ocenie lokalnego zespołu ekspertów obejmującego hematologa, chirurga i anestezjologa w ośrodku prowadzącym leczenie albo nieskuteczność splenektomii objawiająca się liczbą płytek poniżej 30 000/<math>\mu</math>l lub objawami skazy krwotocznej;</p> <p>b) romiplostymem – nieskuteczność splenektomii objawiająca się liczbą płytek poniżej 30 000/<math>\mu</math>l lub objawami skazy krwotocznej.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Dodatkowo, w celu kontynuacji terapii do programu lekowego mogą zostać zakwalifikowani pacjenci leczeni w ramach programu lekowego „Leczenie pediatrycznych chorych na przewlekłą pierwotną</p>	<p><b>1. Dawkowanie eltrombopagu</b></p> <p>1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi 50 mg raz na dobę;</p> <p>2) dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi u pacjenta – sposób modyfikacji dawkowania oraz postępowanie w okresie czasowego przerwania leczenia zostały określone w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p><b>2. Dawkowanie romiplostymu</b></p> <p>1) romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu, jako wstrzyknięcie podskórne;</p> <p>2) początkowa dawka romiplostymu wynosi 1 <math>\mu</math>g/kg mc., z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia;</p> <p>3) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>2) parametry czynności wątroby:</p> <p>– AlAT, AspAT, bilirubina całkowita – dotyczy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem,</p> <p>– bilirubina całkowita, czas protrombinowy, stężenie albumin we krwi – dotyczy kwalifikacji do leczenia romiplostymem;</p> <p>3) biopsja aspiracyjna szpiku i trepanobiopsja (wykonana w okresie 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu lekowego) – w przypadku chorych w wieku powyżej 60 lat, z objawami układowymi i innymi nieprawidłowymi objawami;</p> <p>4) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu;</p> <p>5) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem</b></p> <p>1) badania przeprowadzane w okresie do osiągnięcia stabilnej liczby płytek (<math>\geq 50 000/\mu</math>l przez co najmniej 4 tygodnie):</p> <p>a) wykonywane co 1 tydzień:</p> <p>– morfologia krwi z rozmazem,</p>

<p>małopłytkowość immunologiczną (ICD-10 D69.3)”, którzy osiągnęli pełnoletniość, bez konieczności spełnienia pozostałych kryteriów kwalifikacji do programu lekowego - pod warunkiem niespełniania kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3.</p> <p><b>2.1. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <p>1) nadwrażliwość na:</p> <p>a) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą – dotyczy leczenia eltrombopagiem</p> <p>b) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą lub na białka pochodzące z <i>Escherichia coli</i> – dotyczy leczenia romiplostymem;</p> <p>2) zaburzenia czynności wątroby:</p> <p>– wynik w skali Child-Pugh <math>\geq 5</math> – dotyczy leczenia eltrombopagiem,</p> <p>– wynik w skali Child-Pugh <math>\geq 7</math> – dotyczy leczenia romiplostymem;</p> <p>3) istotne zwiększenie się aktywności ALAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:</p> <p>a) będzie narastać</p> <p>albo</p> <p>b) będzie utrzymywać się <math>\geq 4</math> tygodni,</p> <p>albo</p>	<p>płytek krwi u chorego - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p>b) w przypadku leczenia eltrombopagiem - wykonywane co 2 tygodnie:</p> <p>– parametry czynności wątroby (ALAT, AspAT, bilirubina całkowita),</p> <p>2) badania przeprowadzane po uzyskaniu stabilnej liczby płytek:</p> <p>a) wykonywane co 1 miesiąc:</p> <p>– morfologia krwi z rozmazem,</p> <p>– w przypadku leczenia eltrombopagiem: parametry czynności wątroby (ALAT, AspAT, bilirubina całkowita.);</p> <p>3) w przypadku pojawienia się innych niż małopłytkowość, istotnych nieprawidłowości w morfologii krwi</p> <p>– trepanobiopsja szpiku kostnego wraz z oceną włóknienia retikulowanego;</p> <p>4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia:</p> <p>a) wykonywane raz w tygodniu przez 4 tygodnie:</p> <p>– morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>5) badanie okulistyczne co 3 miesiące – dotyczy leczenia eltrombopagiem.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p> <p>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;</p>
--	--	--

<p>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,</p> <p>albo</p> <p>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby</p> <p>- <u>dotyczy wyłącznie chorych leczonych eltrombopagiem;</u></p> <p>4) ciąża;</p> <p>5) karmienie piersią;</p> <p>6) brak odpowiedzi na leczenie:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary)</li></ul> <p>lub</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10 µg/kg mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia.</li></ul>		<p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	---

## LECZENIE PEDIATRYCZNYCH CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ PIERWOTNĄ MAŁOPLYTKOWOŚĆ IMMUNOLOGICZNĄ (ICD-10 D69.3)

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem</b></p> <p>1) wiek 1-18 lat;</p> <p>2) rozpoznanie przewlekłej (trwającej powyżej 12 miesięcy), pierwotnej małopłytkowości immunologicznej (ITP);</p> <p>3) niedostateczna odpowiedź na wcześniejsze standardowe leczenie farmakologiczne ITP.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Do leczenia agonistą receptora trombopoetyny (rTPO) mogą być włączani pacjenci, którzy uzyskali niedostateczną odpowiedź lub wykazują nietolerancję na inny preparat z grupy agonistów rTPO, oraz spełniają kryteria kwalifikacji.</p> <p>Pacjenci pozostający w leczeniu w ramach tego programu lekowego, po osiągnięciu pełnoletniości mogą być leczeni w programie lekowym „Leczenie dorosłych chorych na pierwotną małopłytkowość immunologiczną (ICD-10 D69.3)” bez konieczności spełnienia pozostałych kryteriów kwalifikacji do ww. programu lekowego - pod warunkiem niespełniania kryteriów wyłączenia z programu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w punkcie 3.</p>	<p><b>1. Dawkowanie eltrombopagu</b></p> <p>1) zalecana dawka początkowa eltrombopagu wynosi:</p> <p style="padding-left: 20px;">– 50 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 6-17 lat,</p> <p style="padding-left: 20px;">– 25 mg raz na dobę - dla pacjentów w wieku 1-5 lat oraz dla pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego;</p> <p>2) maksymalna dawka dobową wynosi 75 mg;</p> <p>3) dawkę leku modyfikuje się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek <math>\geq 50</math> tys/<math>\mu</math>l.</p> <p><b>2. Dawkowanie romiplostymu</b></p> <p>1) romiplostym powinien być podawany raz w tygodniu, jako wstrzyknięcie podskórne;</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem</b></p> <p>1) morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek;</p> <p>2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);</p> <p>3) badanie okulistyczne – dotyczy kwalifikacji do eltrombopagu;</p> <p>4) trepanobiopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie;</p> <p>5) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym – jeśli dotyczy.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia eltrombopagiem lub romiplostymem:</b></p> <p>1) badania przeprowadzane w pierwszych 4 tygodniach leczenia oraz w okresie braku odpowiedzi:</p> <p style="padding-left: 20px;">a) wykonywane co 1 tydzień:</p> <p style="padding-left: 40px;">– morfologia krwi z rozmazem białokrwinkowym i liczbą płytek,</p> <p style="padding-left: 20px;">b) wykonywane co 2 tygodnie:</p> <p style="padding-left: 40px;">– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);</p>

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) nadwrażliwość na:
  - a) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą – dotyczy leczenia eltrombopagiem
  - b) substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą lub na białka pochodzące z *Escherichia coli* – dotyczy leczenia romiplostymem;
- 2) zaburzenia czynności wątroby:
  - wynik w skali Child-Pugh  $\geq 5$  – dotyczy leczenia eltrombopagiem,
  - wynik w skali Child-Pugh  $\geq 7$  – dotyczy leczenia romiplostymem;
- 3) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (powyżej trzykrotności górnej granicy normy dla lokalnego laboratorium) w przypadkach, gdy przekroczenie normy:
  - a) będzie narastać,
  - albo
  - b) będzie utrzymywać się  $\geq 4$  tygodni,
  - albo
  - c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośredniej,
  - albo
  - d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby,- dotyczy wyłącznie leczenia eltrombopagiem;
- 4) ciąża;
- 5) karmienie piersią;
- 6) brak odpowiedzi na leczenie:
  - eltrombopagiem w dawce 75 mg podawanej przez 4 kolejne tygodnie leczenia (4 pomiary)
  - lub
  - romiplostymem pomimo stosowania maksymalnej dawki (10  $\mu\text{g}/\text{kg}$  mc.) przez 4 kolejne tygodnie leczenia.

- 2) początkowa dawka romiplostymu wynosi 1  $\mu\text{g}/\text{kg}$  mc., z uwzględnieniem masy ciała pacjenta na początku leczenia;
- 3) następnie dawkę leku ustala się indywidualnie w zależności od liczby płytek krwi pacjenta oraz zmiany masy ciała - zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.  
Celem modyfikacji dawek jest osiągnięcie minimalnej dawki pozwalającej utrzymać liczbę płytek  $\geq 50$  tys/ $\mu\text{l}$ .

- 2) badania przeprowadzane od 4 tygodnia leczenia u odpowiadających pacjentów:
  - a) wykonywane co 1 miesiąc:
    - morfologia krwi z rozmazem białokrwińkowym i liczbą płytek,
  - b) wykonywane co 3 miesiące:
    - parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita, APTT, INR, albumina);
- 3) badanie przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości w morfologii krwi:
  - a) biopsja szpiku kostnego z barwieniem oceniającym włóknienie;
- 4) badanie okulistyczne co 6 miesięcy – dotyczy leczenia eltrombopagiem;
- 5) w przypadku przerwania leczenia z powodu wzrostu liczby płytek krwi powyżej  $250 \times 10^9/\text{l}$ , należy kontrolować liczbę płytek krwi 1 raz w tygodniu, aż do osiągnięcia wartości mniejszej lub równej  $100 \times 10^9/\text{l}$ .

### 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.



**LECZENIE AKROMEGALII (ICD-10 E22.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Leczenie pasyreotydem</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>wiek powyżej 18 roku życia;</li> <li>akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT);</li> <li>niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki), które nie doprowadziło do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce <math>\geq 30</math> mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni;</li> <li>dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego (ponowna operacja w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne nie jest możliwe);</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie pasyreotydem</b></p> <p><b>1.1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana początkowa dawka pasyreotydu wynosi 40 mg podawana w iniekcjach domięśniowych co 28 dni. W przypadku braku kontroli biochemicznej akromegalii (utrzymywanie się stężenia GH <math>\geq 2,5</math> µg/l i/lub IGF-1 powyżej normy dla płci i wieku) najwcześniej po 12 tygodniach leczenia, dawka pasyreotydu może zostać zwiększona do 60 mg podawana co 28 dni. W przypadku wystąpienia działań niepożądanych lub nadmiernej odpowiedzi na leczenie dawka pasyreotydu może zostać zmniejszona o 20 mg lub preparat powinien zostać odstawiony.</p> <p>Modyfikacja dawkowania (zwiększenie lub zmniejszenie dawki) jest możliwa na każdym etapie leczenia okresach nie krótszych niż co 12 tygodni.</p> <p><b>1.2. Sposób podawania</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pasyreotyd jest podawany w głębokim wstrzyknięciu domięśniowym</li> </ol>	<p><b>1. Leczenie pasyreotydem</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji do leczenia pasyreotydem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań, zwłaszcza w zakresie chorób układu sercowo-naczyniowego i metabolicznych (cukrzyca i zaburzenia tolerancji węglowodanów);</li> <li>ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQoL));</li> <li>ocena hormonalna: stężenie GH; stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy;</li> <li>rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;</li> <li>ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy <math>\geq 1</math> cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);</li> </ol>

5) pacjenci, którzy nie byli dotychczas operowani mogą być kwalifikowani do leczenia pasyreotydem wyłącznie w sytuacji, gdy leczenie chirurgiczne nie jest możliwe i nie uzyskano kontroli biochemicznej choroby po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia analogami somatostatyny o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce  $\geq 30$  mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni.

Kwalifikacja do leczenia pasyreotydem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4 łącznie lub 1, 2, 5 łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni pasyreotydem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii.

### 1.2. Kryteria wyłączenia

- 1) kandydaci do leczenia operacyjnego;
- 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;
- 3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 1.3.1) *Schematu dawkowania*;
- 4) objawowa kamica żółciowa;

wykonywanym przez fachowy personel medyczny.

- 2) W przypadku wielokrotnego podawania należy zmieniać miejsca podania leku między prawym i lewym mięśniem pośladkowym.

### 1.3. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności

- 1) Jeżeli u pacjenta leczonego pasyreotydem wystąpi hiperglikemia, zaleca się rozpoczęcie lub zmianę leczenia przeciwcukrzycowego według wytycznych dotyczących postępowania w hiperglikemii. Jeżeli niekontrolowana hiperglikemia utrzymuje się pomimo odpowiedniego leczenia, dawkę pasyreotydu należy zmniejszyć lub należy przerwać leczenie.
- 2) Zaburzenia czynności wątroby:
  - a) w przypadku pacjentów z łagodnymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa A wg skali Child-Pugha) dostosowanie dawkowania nie jest konieczne;
  - b) w przypadku pacjentów z umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby (klasa B wg. skali Child-Pugha) zalecana dawka początkowa wynosi 20 mg co 4 tygodnie. Maksymalna dawka zalecana

- 6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR;
- 7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;
- 8) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych (jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);
- 9) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna.

### 1.2. Monitorowanie leczenia pasyreotydem

- 1) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia (3 dawki pasyreotydu) należy wykonać ocenę stężenia GH i stężenia IGF-1 w surowicy. Oznaczenia GH i IGF-1 należy powtarzać w okresie leczenia pasyreotydem co 3 miesiące;
- 2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;
- 3) oznaczanie stężenia glukozy we krwi i / lub ocena stężenia glukozy w osoczu na czczo – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4

- 5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Child-Pugha);
- 6) żółtaczką lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN;
- 7) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);
- 8) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 9) nadwrażliwość na pasyreotyd lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
- 10) brak odpowiedzi na leczenie po co najmniej 6-cio miesięcznym okresie podawania pasyreotydu w najwyższej tolerowanej dawce, w sytuacji, gdy odpowiedź definiujemy jako:
  - a) obniżenie stężenia GH o > 50% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub do poziomu <2,5 µg/l
  - lub
  - b) obniżenie stężenia IGF-1 o >40% w stosunku do wartości tego stężenia w trakcie kwalifikacji do programu lub normalizacja stężenia IGF-1
  - lub
  - c) zmniejszenie maksymalnego wymiaru guza > 25% w stosunku do maksymalnego wymiaru guza w badaniu przeprowadzonym przy kwalifikacji do programu.

u tych pacjentów wynosi 40 mg co 4 tygodnie;

c) w przypadku pacjentów z żółtaczką lub innymi objawami sugerującymi klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górna granica normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN należy monitorować stan pacjenta po przerwaniu leczenia pasyreotydem do czasu ustąpienia nieprawidłowości. Leczenia nie należy wznawiać, jeśli w ocenie lekarza nieprawidłowa czynność wątroby ma związek z pasyreotydem.

3) Należy zachować ostrożność oraz dokonać uważnej oceny stosunku korzyści do ryzyka stosując pasyreotyd u pacjentów narażonych na istotne ryzyko wystąpienia wydłużenia odstępu QT w EKG.

## 2. Leczenie pegwisomantem

### 2.1. Dawkowanie

1) Pegwisomant należy podawać we wstrzyknięciach podskórnych.

tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenia glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od zakończenia leczenia;

4) ocena odsetka HbA1c po 3 miesiącach od podania leku i następnie co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia oraz nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy począwszy od drugiego roku leczenia. Ponadto należy monitorować wartość stężenia HbA1c po 3 tygodniach od zakończenia leczenia;

5) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT oraz stężenia bilirubiny całkowitej po 1 i 2 tygodniach od podania pierwszej dawki leku lub zwiększenia jego dawki, a następnie z częstością co 1 miesiąc przez 3 miesiące leczenia. Następne monitorowanie powinno odbyć się w zależności od potrzeb klinicznych;

6) badanie EKG z oceną odstępu QT po 3 tygodniach od rozpoczęcia leczenia lub zwiększenia dawki leku, następnie co 1 miesiąc przez 3 miesiące, a potem nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w trakcie trwania leczenia lub częściej, w zależności od wskazań klinicznych;

7) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu;

8) oznaczenie poziomu magnezu i potasu według wskazań klinicznych;

9) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczołaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, nie rzadziej niż 1 raz do roku i w każdym przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;

10) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy;

11) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).

### 1.3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.

## 2. Leczenie pegwisomantem

### 2.1. Kryteria kwalifikacji

- 1) wiek powyżej 18 roku życia;
- 2) akromegalia rozpoznana na podstawie powszechnie przyjętych kryteriów klinicznych i biochemicznych (stężenie insulinopodobnego czynnika wzrostu-1 IGF-1 powyżej górnej granicy normy dla płci i wieku oraz brak zahamowania wydzielania hormonu wzrostu GH poniżej 1,0 µg/l (ng/ml) w doustnym teście obciążenia glukozą (ang. oral glucose tolerance test, OGTT);
- 3) niewystarczające leczenie operacyjne (zabieg neurochirurgiczny usunięcia guza somatotropowego przysadki) i (lub) radioterapia, które nie doprowadziły do normalizacji stężenia GH (w doustnym teście obciążenia glukozą OGTT lub w profilu GH) oraz stężenia IGF-1 prawidłowego dla płci i wieku, i nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełnianego analogami somatostatyny I generacji o przedłużonym działaniu tj. oktreotydem w dawce  $\geq 30$  mg lub lanreotydem w dawce 120 mg, podawanymi co 28 dni lub nietolerowanie takiej terapii;
- 4) dyskwalifikacja z ponownego leczenia operacyjnego i (lub) radioterapii (ponowna operacja lub radioterapia w opinii specjalisty neurochirurga nie poprawi kontroli choroby lub leczenie chirurgiczne i radioterapia nie są możliwe);

- 2) Należy codziennie zmieniać miejsce wstrzyknięcia, aby zapobiec wystąpieniu lipohipertrofii.
- 3) Początkową, nasycającą dawkę 80 mg pegwisomantu należy podać podskórnie pod nadzorem lekarza.
- 4) Następnie 10 mg pegwisomantu należy podawać raz na dobę we wstrzyknięciu podskórnym. Dawki należy dostosowywać na podstawie stężenia IGF-1 w surowicy. Należy oznaczać stężenia IGF-1 w surowicy co 4 do 6 tygodni i stopniowo zwiększać dawkę tak, aby utrzymywać stężenia IGF-1 w surowicy, w zakresie właściwym dla płci i wieku i uzyskać optymalną odpowiedź terapeutyczną. Maksymalna dawka wynosi 30 mg/dobę.

### 2.2. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności

- 1) niezwłoczny kontakt z lekarzem prowadzącym, w przypadku wystąpienia w trakcie terapii pegwisomantem zaburzeń widzenia i/lub bólu głowy;
- 2) zaburzenia czynności wątroby: przerwanie podawania pegwisomantu w przypadku utrzymywania się objawów choroby wątroby;
- 3) dostosowanie dawki insuliny lub innych przyjmowanych jednocześnie leków u

## 2. Leczenie pegwisomantem

### 2.1. Badania przy kwalifikacji

- 1) badanie podmiotowe i przedmiotowe: ocena somatycznych objawów akromegalii oraz ewentualnych powikłań;
- 2) ocena jakości życia (np. za pomocą skali Acromegaly Quality of Life Questionnaire (AcroQoL).
- 3) ocena hormonalna: stężenie GH, stężenie IGF-1, ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy;
- 4) rezonans magnetyczny okolicy podwzgórzowo-przysadkowej z użyciem środka kontrastowego wykonany przy użyciu aparatu spełniającego normy do diagnostyki przysadki w okresie do 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;
- 5) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy  $\geq 1$  cm jeśli w badaniu MR jego odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm);
- 6) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo, eGFR i wydalanie białka z moczem;
- 7) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz bilirubiny całkowitej;

### 2.2. Monitorowanie leczenia

- 1) stężenie IGF-1 w surowicy mierzone co 4 do 6 tygodni w czasie stopniowego zwiększania dawki leku celem uzyskania optymalnej kontroli terapeutycznej, a następnie ocena co 3 miesiące;
- 2) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie rezonansu magnetycznego okolicy podwzgórzowo-

5) nie osiągnięcie biochemicznej kontroli (normalizacji IGF-1, GH) akromegalii po przynajmniej 6-cio miesięcznym okresie leczenia uzupełniającego analogami somatostatyny II generacji o przedłużonym działaniu tj. pasyreotydem w dawce 60 mg lub nietolerowanie takiej terapii;

6) dyskwalifikacja z leczenia pasyreotydem z powodu niekontrolowanych zaburzeń gospodarki węglowodanowej (HbA1c > 7% (> 53 mmol/mol).

Kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4.

W przypadku gdy pacjent zostanie zakwalifikowany do leczenia pasyreotydem zgodnie z kryteriami kwalifikacji do programu (pkt. 1.1.), kwalifikacja do leczenia pegwisomantem wymaga spełnienia warunków 1, 2, 3, 4, 5 łącznie lub 1, 2, 3, 4, 6 łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni pegwisomantem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

Kwalifikacja do programu przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego, a w uzasadnionych przypadkach trudnych klinicznie, po zasięgnięciu opinii konsultanta krajowego w dziedzinie endokrynologii.

## 2.2. Kryteria wyłączenia

- 1) kandydaci do leczenia operacyjnego;
- 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;

osób z cukrzycą -do decyzji lekarza prowadzącego;

- 4) stosowanie odpowiednich metod zapobiegania ciąży w związku z możliwością zwiększenia płodności.

przysadkowej. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie wykonuje się co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w sytuacji pogorszenia pola widzenia. W przypadku przeciwwskazań do wykonania rezonansu magnetycznego bądź braku możliwości wykonania tego badania z innych przyczyn, badaniem które należy wykonać jest tomografia komputerowa;

- 3) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT w surowicy co 4 do 6 tygodni przez sześć pierwszych miesięcy terapii pegwisomantem oraz w przypadku objawów sugerujących ryzyko wystąpienia zapalenia wątroby;
- 4) po 3 miesiącach od rozpoczęcia leczenia wykonanie oznaczenia eGFR i wydalanie białka z moczem, a następnie zgodnie ze wskazaniami klinicznymi lub co pół roku - w przypadku braku pogorszenia;
- 5) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi;
- 6) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczołaków przysadki, których odległość od skrzyżowania wzrokowego jest mniejsza niż 2 mm, po 3 miesiącach leczenia, a następnie nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;
- 7) ocena wyrównania czynności nadnerczy i tarczycy co 6 miesięcy;
- 8) ocena jakości życia po 12 miesiącach (np. skala AcroQoL).

## 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

- 3) niewydolność nerek: eGFR <15 ml/min/1,73 m<sup>2</sup> oraz utrata białka >3 g/1,73m<sup>2</sup>;
- 4) AlAT i AspAT >3 x GGN (AlAT i AspAT >5 x GGN u chorych z wyjściowo podwyższonym stężeniem AlAT i AspAT);
- 5) niewyrównana niedoczynność kory nadnerczy lub tarczycy (nieadekwatne leczenie substytucyjne);
- 6) okres ciąży lub karmienia piersią;
- 7) nadwrażliwość na pegwisomant lub którąkolwiek substancję pomocniczą leku;
- 8) brak odpowiedzi na leczenie w sytuacji, gdy nie uzyskano normalizacji stężenia IGF-1 odpowiednio dla płci i wieku, po co najmniej 12 miesięcznym okresie podawania pegwisomantu w najwyższej tolerowanej dawce;

### **2.3. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.

- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## LECZENIE OPORNEJ I NAWROTOWEJ POSTACI KLASYCZNEGO CHŁONIAKA HODGKINA Z ZASTOSOWANIEM NIWOLUMABU (ICD-10 C 81)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nawrotowy lub oporny na leczenie klasyczny chłoniak Hodgkina potwierdzony badaniem histopatologicznym               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) po autologicznym przeszczepieniu komórek macierzystych szpiku (ASCT) i</li> <li>b) po leczeniu brentuksymabem vedotin;</li> </ol> </li> <li>2) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>3) sprawność w stopniu 0-1 wg klasyfikacji WHO lub ECOG;</li> <li>4) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek;</li> <li>5) brak aktywnych chorób autoimmunologicznych z wyłączeniem cukrzycy typu I, niedoczynności tarczycy (leczonej wyłącznie suplementacją hormonalną), łuszczycy, bielactwa.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz. Leczenie należy kontynuować tak długo, dopóki obserwuje się korzyści kliniczne.</p>	<p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania (w tym okresowe wstrzymanie leczenia) prowadzone jest zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie przedmiotowe;</li> <li>2) ocena sprawności w skali ECOG;</li> <li>3) pomiar masy ciała;</li> <li>4) badania laboratoryjne:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi,</li> <li>b) oznaczenia stężenia kreatyniny,</li> <li>c) oznaczenie stężenia bilirubiny całkowitej</li> <li>d) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej,</li> <li>e) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej,</li> <li>f) oznaczenie poziomu TSH,</li> <li>g) test ciążowy u kobiet w wieku prokreacyjnym;</li> </ol> </li> <li>5) badanie obrazowe: tomografia komputerowa (TK) lub tomografia emisyjna pozytonowa (PET/TK) dokumentująca zmiany: szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy mniejszej.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe;</li> <li>2) morfologia krwi;</li> </ol>

### **3. Kryteria czasowego zawieszenia leczenia niwolumabem**

Zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego. Podawanie niwolumabu można wznowić w przypadku całkowitego ustąpienia działania niepożądanego lub zmniejszenia stopnia nasilenia do stopnia 1.

### **4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie:**

- 1) progresja choroby;
- 2) nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;
- 3) wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia w stopniu powyżej 3 według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria);
- 4) kobiety w wieku rozrodczym, które nie chcą lub nie są w stanie stosować dopuszczalnej metody antykoncepcji w celu uniknięcia ciąży przez cały okres leczenia oraz przez 5 miesięcy po jego zakończeniu;
- 5) kobiety w ciąży lub karmiące piersią.

- 3) parametry biochemiczne surowicy: oznaczenie stężenia kreatyniny, bilirubiny całkowitej, sodu, potasu, wapnia, aminotransferaz, TSH;

Badania wykonywane są co 6 – 12 tygodni lub częściej w zależności od sytuacji klinicznej.

### **3. Monitorowanie skuteczności leczenia**

- 1) badanie przedmiotowe i laboratoryjne zależnie od wskazań lekarskich;
- 2) badanie obrazowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie za pomocą KT lub PET wykonane po 3 miesiącach leczenia albo wcześniej zależnie od wskazań klinicznych, a u chorych reagujących na leczenie powtarzać co pół roku.

### **4. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczorozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.



**LECZENIE INHIBITORAMI PCSK-9 PACJENTÓW Z ZABURZENIAMI LIPIDOWYMI (ICD-10 E78.01, I21, I22, I25)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Leczenie pacjentów z hipercholesterolemią rodzinną</b></p> <p>Łączne spełnienie następujących warunków:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) pewna diagnoza rodzinnej heterozygotycznej hipercholesterolemii, tj. &gt; 8 punktów w skali Dutch Lipid Clinic Network;</li> <li>3) spełnienie kryteriów kwalifikacji do leczenia LDL aferezą, a w przypadku pacjentów już leczonych, spełnianie tych kryteriów w chwili rozpoczęcia leczenia LDL aferezą;</li> <li>4) kryteria kwalifikacji do LDL aferezy: LDL-C &gt; 100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych dawkach tj.: atorwastatyna 80 mg lub rosuwastatyna 40 mg, a następnie atorwastatyna 40-80 mg lub rosuwastatyna 20-40 mg w skojarzeniu z ezetymibem 10 mg; stosowanego łącznie przez 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc</li> </ol> </li> </ol> <p>lub</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>b) intensywnego leczenia statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach, a następnie w skojarzeniu z ezetymibem 10 mg; stosowanego przez łącznie 3 miesiące, w tym leczenia skojarzonego przez minimum 1 miesiąc.</li> </ol>	<p><b>1. Alirokumab</b></p> <p>150 mg alirokumabu podawane co 2 tygodnie.</p> <p><b>2. Ewolokumab</b></p> <p>140 mg ewolokumabu podawane co 2 tygodnie.</p>	<p><b>1. Wykaz badań przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) lipidogram;</li> <li>2) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</li> <li>3) kreatynina/eGFR;</li> <li>4) kinaza kreatynowa (CK).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Lipidogram – po 3 miesiącach, a następnie co 12 miesięcy;</li> <li>2) Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia na każdej wizycie.</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej</li> </ol>

**1.2. Leczenie pacjentów z bardzo wysokim ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego**

Łączne spełnienie następujących warunków:

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) LDL-C >100 mg/dl (2,5 mmol/l) pomimo stosowania diety i intensywnego leczenia statynami w maksymalnie tolerowanych dawkach, a następnie statynami w maksymalnych tolerowanych dawkach w połączeniu z ezetymibem.

Wymagane jest, aby całkowity okres leczenia trwał co najmniej 3 miesiące, w tym co najmniej 1 miesiąc leczenia skojarzonego (statyna w maksymalnych tolerowanych dawkach + ezetymib). W przypadku pacjentów z podejrzeniem rabdomiolizy związanej z podawaniem statyn okres leczenia ustalany jest przez lekarza prowadzącego zgodnie z wytycznymi ESC/EAS.

- 3) Przebyty zawał serca diagnozowany inwazyjnie, który wystąpił do 12 miesięcy przed włączeniem do programu lekowego oraz
  - a) z dodatkowo przebyłym zawałem serca w wywiadzie i wielonaczyniową chorobą wieńcową, zdefiniowaną jako co najmniej 50% zwężenie światła naczynia w co najmniej 2 naczyniach

lub

- b) z chorobą miażdżycową tętnic innych niż wieńcowe, rozumianą jako:

– choroba tętnic obwodowych (PAD), tj.

- i. chromanie przestankowe ze wskaźnikiem kostka-ramię (ABI) <0,85,

lub

- ii. przebyta rewaskularyzacja tętnic obwodowych,

lub

lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

iii. amputacja kończyny z powodu choroby miażdżycowej;  
lub

– choroba tętnic mózgowych, tj.

i. przebyty udar mózgu niedokrwieny,

lub

ii. przemijający atak niedokrwieny (TIA)

**1.3.** Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, mogą być ponadto kwalifikowani pacjenci, którzy otrzymują obecnie leczenie ewolokumabem lub alirokumabem i spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego w chwili rozpoczęcia leczenia ewolokumabem lub alirokumabem oraz nie spełnili kryteriów opisanych w pkt.3.

## **2. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami zakończenia udziału w programie przedstawionymi w punkcie 3.

## **3. Kryteria zakończenia udziału w programie**

- 1) wystąpienie ciężkich reakcji alergicznych po podaniu leku;
- 2) brak skuteczności po 3 miesiącach leczenia, rozumiany jako redukcja stężenia LDL-C o  $< 30\%$  w stosunku do wartości wyjściowej określonej:
  - a) przed rozpoczęciem procedury LDL aferezy, w przypadku pacjentów, u których była ona stosowana w chwili włączenia do programu lekowego,
  - b) w momencie włączenia do programu lekowego, w przypadku pacjentów, którzy nie byli wcześniej leczeni LDL aferezą (w tym pacjentów włączonych do programu zgodnie z pkt. 1.2.),

c) w momencie rozpoczęcia terapii, w przypadku pacjentów włączonych do programu zgodnie z pkt. 1.3.

**3.2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**

- 1) hiperlipidemia wtórna;
- 2) homozygotyczna postać hipercholesterolemii rodzinnej;
- 3) ciężkie zaburzenia czynności nerek (eGFR < 30 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>);
- 4) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg skali Childa-Pugha);
- 5) ciąża;
- 6) karmienie piersią;
- 7) nadwrażliwość na ewolokumab lub alirokumab lub którąkolwiek z substancji pomocniczych.

**LECZENIE RDZENIOWEGO ZANIKU MIĘŚNI (ICD-10 G12.0, G12.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie leczenia rdzeniowego zaniku mięśni.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) Do leczenia nusinersenem kwalifikowani są przedobjawowi i objawowi pacjenci z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzonego badaniem genetycznym;</p> <p>2) W celu zapewnienia kontynuacji terapii do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci uprzednio leczeni nusinersenem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że na dzień rozpoczęcia terapii mieli rozpoznanie rdzeniowego zaniku mięśni 5q potwierdzone badaniem genetycznym oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów wyłączenia z programu określonych w ust. 3;</p> <p>3) W przypadku pacjentów, którzy wcześniej otrzymali leczenie onasemnogene abeparovocem, risdiplamem lub branaplamem w ramach badań klinicznych, programów wczesnego dostępu lub w ramach innego sposobu finansowania terapii, we wniosku dotyczącym włączenia do programu lekowego konieczne jest</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie nusinersenu oraz sposób modyfikacji dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego (aktualną na dzień wydania decyzji refundacyjnej).</p> <p>W przypadku pacjentów wymagających znieczulenia ogólnego do wykonania nakłucia lędźwiowego - znieczulenie ogólne zgodnie z obowiązującymi w ośrodku procedurami.</p> <p>W uzasadnionych klinicznie przypadkach dopuszcza się podanie nusinersenu dooponowo przez nakłucie podpotyliczne w przypadku kiedy podanie leku dooponowo drogą nakłucia lędźwiowego nie jest możliwe.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) badanie genetyczne potwierdzające delecję lub mutację genu SMN1;</p> <p>2) badanie potwierdzające liczbę kopii genu SMN2;</p> <p>3) badanie neurologiczne z oceną w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE - stosownie do wieku i typu SMA;</p> <p>4) konsultacja rehabilitacyjna i/lub fizjoterapeutyczna oraz ustalenie planu rehabilitacji dla pacjenta;</p> <p>5) badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram);</p> <p>6) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>7) konsultacja anestezjologiczna - u pacjentów, którzy wymagają znieczulenia ogólnego;</p> <p>8) konsultacja ortopedyczna - w przypadku znacznej skoliozy;</p> <p>9) konsultacja gastroenterologiczna i/lub dietetyczna w zależności od stanu klinicznego pacjenta</p> <p>10) test ciążyowy wraz z oświadczeniem o stosowaniu skutecznej antykoncepcji w trakcie trwania terapii - u kobiet w wieku reprodukcyjnym.</p>

zaraportowanie tych terapii wraz z podaniem czasu ich trwania oraz ich skuteczności, czyli liczby punktów w odpowiedniej skali funkcjonalnej sprzed terapii i po jej zakończeniu.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie powinno być stosowane tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

Łączny czas leczenia pacjenta nusinersenem zależy od decyzji lekarza prowadzącego.

Po podaniu 6 dawki, niezależnie od mechanizmu finansowania terapii w jakim to nastąpiło, a następnie przed podaniem każdej kolejnej dawki przeprowadza się ocenę skuteczności leczenia.

Po ukończeniu 18 r.ż. nie ma konieczności ponownej kwalifikacji pacjenta do programu po przeniesieniu leczenia do ośrodka dla dorosłych. Leczenie powinno być kontynuowane w ośrodku dla dorosłych tak długo jak osiągnięta jest skuteczność kliniczna oraz nie wystąpią kryteria wyłączenia.

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) Zaawansowana skolioza uniemożliwiająca podanie dokanałowe leku;
- 2) Przeciwskazania bezwzględne do nakłucia lędźwiowego;
- 3) Drenaż płynu mózgowo-rdzeniowego;
- 4) Pogorszenie w odpowiednio dobranej do wieku i typu SMA, skali:

## 2. Monitorowanie leczenia

- 1) Badanie neurologiczne przed każdym podaniem dawki;
- 2) Badanie w skali CHOP-INTEND lub HINE, lub HFMSE (stosownie do wieku i typu SMA) przy dawkach podtrzymujących;
- 3) Ocena przez fizjoterapeutę wykonania planu rehabilitacji;
- 4) Ocena gastroenterologa i/lub dietetyka w zależności od stanu pacjenta;
- 5) Ocena stanu odżywienia i wydolności oddechowej pacjenta w zależności od stanu, ale nie rzadziej niż raz do roku;
- 6) Badania biochemiczne, w tym oceniające funkcję wątroby, nerek (białkomocz) i układu krzepnięcia (koagulogram), wykonywane przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu;
- 7) Morfologia krwi z rozmazem wykonywana przed podaniem kolejnej dawki nusinersenu;
- 8) W przypadku pacjentek w wieku reprodukcyjnym - test ciążowy każdorazowo przed każdym podaniem dawki.

## 3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej

<p>a) CHOP INTEND, HINE poniżej poziomu sprzed włączenia do leczenia utrzymujące się w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące, lub</p> <p>b) HFMSE o więcej niż 2 punkty poniżej poziomu sprzed włączenia do terapii potwierdzone w dwóch kolejnych badaniach realizowanych co 4 miesiące;</p> <p>5) Wystąpienie któregokolwiek z przeciwwskazań w trakcie trwania terapii:</p> <p>a) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</p> <p>b) przeciwwskazania do nakłucia lędźwiowego;</p> <p>c) ciąża.</p>		<p>udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
---	--	---

**LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁĄ BIAŁACZKĘ LIMFOCYTOWĄ WENETOKLAKSEM (ICD-10: C.91.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<b>Część I: Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem w skojarzeniu z obinutuzumabem</b>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Pacjenci z potwierdzonym rozpoznaniem przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają wszystkie poniższe kryteria łącznie:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) obecność wskazań do rozpoczęcia leczenia wg International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia updating (the National Cancer Institute-Working Group (IWCLL));</li> <li>3) brak wcześniejszego leczenia przewlekłej białaczki limfocytowej;</li> <li>4) wyniki parametrów: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) CrCl (klirens kreatyniny): &gt;30ml/min oraz &lt; 70 ml/min lub</li> <li>b) liczba punktów wg skali CIRS &gt; 6;</li> </ol> </li> <li>5) stan sprawności wg WHO: 1;</li> <li>6) ujemny wynik badań na obecność HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego wyniku HBsAg lub HBcAb przed rozpoczęciem leczenia konieczna konsultacja przez lekarza hepatologa lub lekarza chorób zakaźnych;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie wenetoklaksu</b></p> <p>Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>1) Tydzień 1</b> Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.</li> <li><b>2) Tydzień 2</b> Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.</li> <li><b>3) Tydzień 3</b> Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.</li> <li><b>4) Tydzień 4</b> Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.</li> <li><b>5) Tydzień 5 i kolejne</b></li> </ol>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badanie na obecność antygenu CD20,</li> <li>b) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</li> <li>c) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita),</li> <li>d) badania krwi obejmujące: stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</li> <li>e) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta,</li> <li>f) ocena masy guza, w tym badanie obrazowe (USG j. brzusznej i RTG klatki piersiowej albo w przypadkach uzasadnionych klinicznie TK lub MRI),</li> <li>g) ocena nasilenia objawów chorób towarzyszących wg skali CIRS;</li> </ol> </li> <li>2) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb);</li> <li>3) test ciążyowy.</li> </ol>



<p>7) brak przeciwwskazań do stosowania wenetoklaksu i obinutuzumabu, które wynikają z Charakterystyk Produktów Leczniczych.</p> <p>Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować wysoce skuteczne metody zapobiegania ciąży podczas stosowania terapii złożonej (wenetoklaks i obinutuzumab) przez 18 mies. od zakończeniu leczenia obinutuzumabem.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Maksymalny czas trwania leczenia wenetoklaksem i obinutuzumabem wynosi 12 cykli po 28 dni, przy czym przez 6 pierwszych cykli wenetoklaks podawany jest wraz z obinutuzumabem, natomiast przez kolejne 6 cykli (od 7 do 12 cyklu) wenetoklaks podawany jest w monoterapii.</p> <p><b>3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) jednoczesne stosowanie silnych inhibitorów/induktorów CYP3A4 w czasie miareczkowania dawki wenetoklaksu;</li> <li>2) jednoczesne stosowanie preparatów zawierających dziurawiec zwyczajny;</li> <li>3) aktywne, ciężkie zakażenia;</li> <li>4) stan silnie obniżonej odporności;</li> <li>5) ciąża lub karmienie piersią;</li> <li>6) nadwrażliwość na wenetoklaks lub obinutuzumab lub białka mysie lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatów;</li> <li>7) aktywne zapalenie wątroby typu B;</li> <li>8) aktywność AST lub ALT przekraczająca ponad 5 razy wartość górnej granicy normy;</li> </ol>	<p>Zalecana dawka wenetoklaksu – doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>Wenetoklaks podaje się w 22. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu w dawce 20 mg, a następnie kontynuuje się fazę dostosowania dawki zgodnie z opisem powyżej aż do osiągnięcia zalecanej dawki leku tj. 400 mg na dobę. Dawkę 400 mg przyjmuje się raz na dobę aż do czasu zakończenia cyklu 12.</p> <p>Dopuszcza się modyfikację dawkowania zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).</p> <p>Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych ze wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.</p> <p><b>2. Dawkowanie obinutuzumabu</b></p> <p><b>1) Cykl 1.</b></p> <p>Zalecaną dawkę obinutuzumabu - 1000 mg - podaje się w 1.-2. dniu, 8. dniu i 15. dniu pierwszego 28-dniowego cyklu leczenia.</p> <p>Do infuzji w 1.-2. dniu cyklu należy przygotować dwie torebki infuzyjne (100 mg na dzień 1. i 900 mg na dzień 2.). Jeżeli podczas</p>	<p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) W trakcie leczenia obinutuzumabem i wenetoklaksem (cykle 1-6):       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) Przed każdym podaniem obinutuzumabu:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>– stężenie kreatyniny;</li> <li>– stężenie kwasu moczowego;</li> <li>– aktywność AST, ALT;</li> <li>– stężenie bilirubiny całkowitej.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>2) W trakcie dostosowywania dawki wenetoklaksu (od 22 dnia 1. cyklu co tydzień przez 5 tygodni):       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) należy wykonać poniższe badania:           <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>– stężenie potasu;</li> <li>– stężenie kwasu moczowego;</li> <li>– stężenie fosforanów;</li> <li>– stężenie wapnia;</li> <li>– stężenie kreatyniny;</li> <li>– aktywność LDH.</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>3) Po okresie dostosowywania dawki wenetoklaksu należy wykonać badania wg schematu poniżej:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <u>co miesiąc</u> - badania jak w punkcie 2a (cykle 3-6), a następnie przed rozpoczęciem cyklu od 7 do 12 - morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>b) <u>co 3 miesiące</u> (tj. przed rozpoczęciem cyklu 6., 9. i 12.):           <ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie potasu;</li> <li>– stężenie kwasu moczowego;</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>
--	--	---

<p>9) stężenie bilirubiny przekraczające 3 razy wartość górnej granicy normy;</p> <p>10) niewydolność co najmniej jednego narządu/układu ocenioną na 4 wg klasyfikacji CIRRS, z wyjątkiem zaburzeń oczu, uszu, nosa, gardła i krtani.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do agresywnego chłoniaka;</li> <li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na wenetoklaks lub obinutuzumab lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu;</li> <li>3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z ChPL;</li> <li>4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii;</li> <li>5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii;</li> <li>6) ciąża lub karmienie piersią;</li> <li>7) rezygnacja pacjenta.</li> </ol>	<p>podawania pierwszej torebki nie było przerw ani konieczności modyfikacji prędkości podawania, drugą torebkę można podać tego samego dnia (bez konieczności opóźnienia podania), pod warunkiem, że podczas trwania infuzji zapewnione są właściwe warunki, odpowiedni czas i nadzór personelu medycznego. W przypadku jakichkolwiek zmian w prędkości infuzji lub wystąpienia przerw podczas podawania pierwszych 100 mg, drugą torebkę z produktem leczniczym należy podać następnego dnia.</p> <p><b>2) Cykl 2 – 6</b></p> <p>Zalecaną dawkę obinutuzumabu 1000 mg podaje się w 1. dniu cyklu.</p> <p>Obinutuzumab niezbędny do terapii skojarzonej z wenetoklaksem, finansowany jest w ramach programu lekowego „Leczenie przewlekłej białaczki limfocytowej obinutuzumabem (ICD10: C.91.1)” – załącznik B.79 do obwieszczenia Ministra Zdrowia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie fosforanów;</li> <li>– stężenie wapnia;</li> <li>– stężenie kreatyniny;</li> <li>– ALT, AST;</li> <li>– stężenie bilirubiny całkowitej.</li> </ul> <p><b>3. Ocena odpowiedzi na leczenie</b></p> <p>Pierwsza ocena odpowiedzi na leczenie jest przeprowadzana po 3 miesiącach terapii, kolejne, co 3 miesiące.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie jest przeprowadzana zgodnie z zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (IwCLL).</p> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</li> <li>2) Uzupelnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.</li> <li>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>
---	--	---

## Część II: Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem w skojarzeniu z rytuksymabem

### 1. Kryteria kwalifikacji

Chorzy z potwierdzonym rozpoznaniem przewlekłej białaczki limfocytowej (PBL), którzy spełniają wszystkie poniższe kryteria łącznie:

- 1) wiek 18 lat i powyżej;
- 2) stan sprawności wg WHO 0–2;
- 3) brak przeciwwskazań do stosowania wenetoklaksu i rytuksymabu, które wynikają z odpowiednich Charakterystyk Produktów Leczniczych;
- 4) leczeni uprzednio co najmniej jedną linią terapii, bez względu na status del17p lub mutacji *TP53* (*mTP53*);

Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować wysoce skuteczne metody zapobiegania ciąży podczas stosowania wenetoklaksu i rytuksymabu oraz 30 dni po zaprzestaniu leczenia wenetoklaksem i 12 mies. po zakończeniu leczenia rytuksymabem.

### 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do 24 miesięcy licząc od jednoczesnego podania dawki 400 mg wenetoklaksu i podania rytuksymabu w 1 dniu 1 cyklu, o ile nie wystąpią kryteria uniemożliwiające udział w programie.

### 3. Kryteria uniemożliwiające udział w programie

- 1) jednoczesne stosowanie silnych inhibitorów/induktorów CYP3A4 w czasie niareczkowania dawki wenetoklaksu;
- 2) jednoczesne stosowanie preparatów zawierających dziurawiec zwyczajny;

### Dawkowanie

#### 1. Wenetoklaks

Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg jak pokazano na schemacie poniżej:

##### 1) Tydzień 1

Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.

##### 2) Tydzień 2

Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.

##### 3) Tydzień 3

Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.

##### 4) Tydzień 4

Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 200 mg na dobę w jednej dawce.

##### 5) Tydzień 5 i kolejne

Zalecaną dawkę wenetoklaksu – doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.

Dopuszcza się modyfikacje dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).

### 1. Badania przy kwalifikacji

- 1) Badania niezbędne do ustalenia rozpoznania przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonywane wcześniej:
  - a) morfologia krwi obwodowej wraz z rozmazem,
  - b) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, AST, ALT, bilirubina całkowita),
  - c) badania krwi obejmujące: stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),
  - d) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta,
  - e) ocena masy guza, w tym badanie obrazowe (USG j. brzusznej i RTG klatki piersiowej albo TK albo MRI, wybór rodzaju badań obrazowych – do decyzji lekarza),
  - f) jednorazowo należy wykonać badanie na obecność del17p lub *mTP53*, o ile badanie uprzednio wykonane nie wykazało obecności ww. aberracji chromosomalnych;
- 2) EKG;
- 3) przesiewowe badanie w kierunku obecności wirusowego zapalenia wątroby typu B (w tym HBsAg, HBcAb);
- 4) test ciążowy.

### 2. Monitorowanie leczenia

- 1) W trakcie leczenia wenetoklaksem:

<p>3) aktywne, ciężkie zakażenia;</p> <p>4) stan silnie obniżonej odporności;</p> <p>5) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>6) nadwrażliwość na wenetoklaks i/lub rytuksymab i/lub białka mysie i/lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatów;</p> <p>7) aktywne zapalenie wątroby typu B.</p> <p><b>4. Kryteria wyłączenia z udziału w programie</b></p> <p>1) progresja choroby w trakcie leczenia, w tym transformacja do bardziej agresywnego chłoniaka lub</p> <p>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na wenetoklaks i/lub rytuksymab i/lub na którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu;</p> <p>3) stwierdzenie nieakceptowalnej toksyczności pomimo zastosowania zaleceń dotyczących modyfikacji dawkowania zgodnie z ChPL;</p> <p>4) wystąpienie postępującej wieloogniskowej leukoencefalopatii lub ciężkich reakcji skórnych (toksyczna nekroliza naskórka, zespół Stevensa Jonhsona) podczas okresu leczenia rytuksymabem;</p> <p>5) wystąpienie niekontrolowanej autoimmunologicznej anemii hemolitycznej lub immunologicznej trombocytopenii;</p> <p>6) ciąża lub karmienie piersią;</p> <p>7) rezygnacja pacjenta.</p>	<p>Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych z wysokim ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.</p> <p><b>2. Rytuksymab</b></p> <p>Rozpoczęcie pierwszego cyklu leczenia rytuksymabem następuje po zakończeniu okresu miareczkowania dawki wenetoklaksu (osiągnięcie dawki 400 mg/dobę). Dawka początkowa rytuksymabu w dniu 1. 28-dniowego cyklu wynosi 375 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała podawanego dożylnie, a następnie 500 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała w dniu 1. każdego 28-dniowego cyklu, przez w sumie 6 cykli.</p> <p>Leczenie wenetoklaksem w dawce 400 mg, zgodnie z ChPL, powinno być kontynuowane w trakcie cykli leczenia rytuksymabem i po ich zakończeniu do 24 miesięcy licząc od podania rytuksymabu w 1 dniu pierwszego cyklu</p>	<p>a) Przed pierwszym podaniem oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki wszystkie wymienione poniżej badania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>– stężenie potasu;</li> <li>– stężenie kwasu moczowego;</li> <li>– stężenie fosforanów;</li> <li>– stężenie wapnia;</li> <li>– stężenie kreatyniny.</li> </ul> <p>2) Po okresie dostosowywania dawki poniższe badania wg schematu :</p> <p>a) <b>co miesiąc</b> morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>b) <b>co 3 miesiące</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie potasu,</li> <li>– stężenie kwasu moczowego,</li> <li>– stężenie fosforanów,</li> <li>– stężenie wapnia,</li> <li>– stężenie kreatyniny,</li> <li>– stężenie bilirubiny całkowitej,</li> <li>– ALT, AST,</li> <li>– aktywność LDH;</li> </ul> <p>3) Dodatkowo w okresie leczenia rytuksymabem:</p> <p>a) co 28 dni EKG.</p> <p><b>3. Ocena odpowiedzi na leczenie</b></p>
---	--	---

		<p>Pierwsza ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona po 3 mies. terapii, kolejne co 3 miesiące przez pierwszy rok terapii, następnie co 6 miesięcy.</p> <p>Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (iwCLL).</p> <p><b>4. Monitorowanie programu:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.</li> <li>2) Uzupelnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończeniu leczenia.</li> <li>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>
<p><b>Część III: Leczenie chorych na przewlekłą białaczkę limfocytową wenetoklaksem (chorzy z delecją 17p lub mutacją TP53, u których nie powiodło się leczenie ibrutynibem)</b></p>		
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia kwalifikowani są pacjenci ze zdiagnozowaną przewlekłą białaczką limfocytową spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:</p> <p>A.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie wenetoklaksu</b></p> <p>Dawka początkowa wynosi 20 mg wenetoklaksu raz na dobę przez 7 dni. Dawkę należy stopniowo zwiększać przez okres 5 tygodni aż do osiągnięcia zalecanej dawki dobowej 400 mg wg poniższego schematu::</p>	<p><b>1. Badania do kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badania niezbędne do ustalenia progresji przewlekłej białaczki limfocytowej, o ile nie były wykonane wcześniej: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi obwodowej z rozmazem,</li> <li>b) badanie na obecność delecji 17p lub mTP53,</li> </ol> </li> </ol>

<p>2) obecność wskazań do leczenia wg propozycji International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (IWCLL);</p> <p>3) pacjenci z obecnością delecji w obszarze 17p lub mutacją <i>TP53</i>, u których nie powiodło się leczenie ibrutinibem;</p> <p>4) brak przeciwwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p> <p>lub</p> <p>B.</p> <p>Pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie wenetoklaksem w ramach innych źródeł finansowania pod warunkiem spełniania kryteriów kwalifikacji (pkt A) przed pierwszym podaniem wenetoklaksu.</p> <p>Kobiety w wieku rozrodczym muszą stosować wysoce skuteczne metody zapobiegania ciąży podczas stosowania wenetoklaksu i przez 30 dni po zaprzestaniu leczenia.</p> <p>Do programu lekowego nie kwalifikuje się kobiet w ciąży.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nieakceptowalna toksyczność;</li> <li>2) progresja choroby w trakcie leczenia;</li> <li>3) ciąża lub karmienie piersią;</li> <li>4) rezygnacja pacjenta.</li> </ol>	<p><b>1) Tydzień 1</b></p> <p>Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 20 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><b>2) Tydzień2</b></p> <p>Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 50 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><b>3) Tydzień 3</b></p> <p>Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 100 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><b>4) Tydzień 4</b></p> <p>Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 200mg na dobę w jednej dawce.</p> <p><b>5) Tydzień 5 i kolejne</b></p> <p>Zalecaną dawkę wenetoklaksu– doustnie 400 mg na dobę w jednej dawce.</p> <p>Dopuszcza się modyfikacje dawkowania zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Przed rozpoczęciem leczenia wenetoklaksem należy dokonać oceny ryzyka zespołu rozpadu guza (TLS).</p> <p>Na podstawie oceny lekarza, u niektórych pacjentów, zwłaszcza tych ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia TLS może być konieczne leczenie szpitalne w dniu przyjęcia pierwszej dawki wenetoklaksu w celu intensywnej profilaktyki i monitorowania w ciągu pierwszych 24 godzin. Po powtórnej ocenie ryzyka należy rozważyć hospitalizację podczas kolejnego zwiększania dawki.</p>	<p>c) ocena wydolności nerek i wątroby (kreatynina, eGFR, kwas moczowy, mocznik, AST, ALT, bilirubina całkowita),</p> <p>d) badania krwi obejmujące: stężenie potasu, stężenie fosforanów, stężenie wapnia, aktywność dehydrogenazy mleczanowej (LDH),</p> <p>e) ocena stopnia zaawansowania klinicznego wg klasyfikacji Rai'a lub Bineta,</p> <p>f) ocena masy guza, w tym badania obrazowe (USG j. brzusznej i RTG klatki piersiowej albo TK albo MRI, wybór rodzaju badań obrazowych – do decyzji lekarza);</p> <p>2) Test ciążowy.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Przed pierwszym podaniem oraz każdego tygodnia przez okres dostosowania dawki wszystkie wymienione poniżej badania: <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>– stężenie potasu,</li> <li>– stężenie kwasu moczowego,</li> <li>– stężenie fosforanów,</li> <li>– stężenie wapnia,</li> <li>– stężenie kreatyniny;</li> </ul> </li> <li>2) Po okresie dostosowywania dawki poniższe badania wg schematu poniżej: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) <b>co miesiąc</b> morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>b) <b>co 3 miesiące</b>: <ul style="list-style-type: none"> <li>– stężenie potasu,</li> <li>– stężenie kwasu moczowego,</li> <li>– stężenie fosforanów,</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>
---	--	--

- stężenie wapnia,
- stężenie kreatyniny,
- stężenie bilirubiny całkowitej,
- ALT, AST,
- aktywność LDH.

### **3. Ocena odpowiedzi na leczenie**

Pierwsza ocena odpowiedzi na leczenie przeprowadzona po 3 miesiącach terapii, kolejne co 3 miesiące przez pierwszy rok od rozpoczęcia terapii, następnie co 6 miesięcy.

Ocena odpowiedzi na leczenie powinna być przeprowadzona zgodnie z zaleceniami International Workshop on Chronic Lymphocytic Leukemia (iwCLL).

### **4. Monitorowanie programu**

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 2) Uzupelnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończeniu leczenia.
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**LECZENIE CHOROBY FABRY'EGO (ICD 10 E.75.2)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia. Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się co 6 miesięcy w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem</b></p> <p>Do leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2 i 3.</p> <p>Do leczenia migalastatem kwalifikują się pacjenci spełniający łącznie punkty 1,2,3 i 4.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) W przypadku leczenia agalzydazą beta i agalzydazą alfa pacjenci od 8 roku życia, a w przypadku migalastatu powyżej 16 roku życia;</li> <li>2) Pacjenci ze stwierdzoną objawową (wystąpienie co najmniej jednego z powikłań narządowych, niewyjaśnionych w pełni przez inną przyczynę) klasyczną lub nieklasyczną postacią choroby Fabry'ego;</li> </ol>	<p><b>Dawkowanie agalzydazy beta</b></p> <p>Dawka preparatu agalzydazy beta wynosi 1mg/kg masy ciała, podawana raz na dwa tygodnie, w postaci infuzji dożylniej. Podawanie preparatu agalzydazy beta prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</p> <p><b>Dawkowanie agalzydazy alfa</b></p> <p>Agalzydaza alfa jest podawana w dawce 0,2 mg/kg masy ciała, co drugi tydzień, we wlewach dożylnych trwających około 40 minut. Podawanie preparatu agalzydazy alfa prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</p> <p><b>Dawkowanie migalastatu</b></p> <p>Zalecany schemat dawkowania wynosi 123 mg migalastatu, co drugi dzień, o tej samej porze dnia. Podawanie migalastatu prowadzi się zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Poziom globotriaosylosfingozyny (lyso-Gb3);</li> <li>2) Badanie genetyczne oraz ocena aktywności alfa-galaktozydazy A w leukocytach lub fibroblastach skóry, lub osoczu, lub w surowicy (zgodnie z kryteriami kwalifikacji);</li> <li>3) Morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) Wysokość i masa ciała;</li> <li>5) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; ogólne badanie moczu; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego (eGFR); wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria; stężenie glukozy na czczo i lipidogram; troponina;</li> <li>6) USG jamy brzusznej z oceną nerek;</li> <li>7) EKG, echokardiografia spoczynkowa, 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, MRI serca (w uzasadnionych przypadkach), ciśnienie krwi tętniczej;</li> <li>8) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna;</li> <li>9) Rezonans magnetyczny mózgu;</li> </ol>



3) Rozpoznanie choroby Fabry'ego udokumentowane wynikiem:

a) u mężczyzn: badania biochemiczne aktywności alfa galaktozydazy A (brak lub znaczny niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie - norma wyniku musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, w osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetyczne na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA;

b) u kobiet: badanie biochemiczne aktywności alfa galaktozydazy A (niedobór aktywności enzymu w odniesieniu do normy laboratorium wykonującego badanie; chociaż w przypadku ewidentnych objawów klinicznych choroby prawidłowa aktywność alfa galaktozydazy A nie wyklucza kwalifikacji do terapii – norma laboratorium musi być zawarta w karcie kwalifikacji pacjenta) w teście suchej kropli krwi, osoczu lub leukocytach krwi obwodowej lub fibroblastach oraz badanie genetyczne wskazujące na obecność patogennej mutacji w obrębie genu GLA;

4) Obecność mutacji zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego oraz  $GFR \geq 30 \text{ ml/min/1,73 m}^2$ ;

Do programu kwalifikowani są także pacjenci wymagający kontynuacji enzymatycznej terapii zastępczej, w ocenie Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych, o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu.

Do programu włączane są, po zweryfikowaniu ogólnego stanu zdrowia pacjenta umożliwiającego leczenie w programie, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z

10) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry'ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia się, objawów gastrologicznych i angiokeratomy);

11) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu;

12) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);

13) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);

14) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach).

## 2. Monitorowanie leczenia

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się, co 6 miesięcy od rozpoczęcia leczenia, w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii. Decyzję o przedłużeniu lub zakończeniu leczenia podejmuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii, zawierającej wyniki badań:

- 1) Wysokość i masa ciała;
- 2) Morfologia krwi z rozmazem;
- 3) Próby wątrobowe: AlAT, AspAT, kinaza kreatynowa (CK), stężenie bilirubiny całkowitej; stężenie kreatyniny i mocznika; współczynnik przesączania kłębuszkowego

<p>programu w związku z ciążą albo laktacją, które w momencie wyłączenia spełniały pozostałe kryteria przedłużenia leczenia.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>Ciąża lub karmienie piersią w trakcie leczenia mogą stanowić podstawę do podjęcia decyzji o zawieszeniu terapii.</p> <p><b>3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do rozpoczęcia leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Dzieci poniżej 8. roku życia (agalzydaza beta lub agalzydaza alfa) lub poniżej 16. roku życia (migalastat);</li> <li>2) Brak odpowiedniej mutacji – dotyczy migalastatu;</li> <li>3) Jednoczesowe stosowanie enzymatycznej terapii zastępczej – dotyczy migalastatu;</li> <li>4) Poważna reakcja nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>5) Stosowanie chlorochiny, amiodaronu, monobenzonu lub gentamycyny – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa;</li> <li>6) Dializoterapia - dotyczy migalastatu;</li> <li>7) GFR &lt; 30 ml/min/1,73m<sup>2</sup> - dotyczy migalastatu;</li> <li>8) Pacjenci z bezobjawową postacią choroby;</li> <li>9) Ciąża lub laktacja;</li> </ol>		<p>(eGFR), wydalanie białka z moczem – proteinuria i albuminuria, lipidogram;</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) EKG, echokardiografia spoczynkowa, w uzasadnionych przypadkach 24-godzinne monitorowanie EKG metodą Holtera, ciśnienie krwi tętniczej oraz MRI serca (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>5) Konsultacja kardiologiczna, nefrologiczna, neurologiczna;</li> <li>6) Rezonans magnetyczny ośrodkowego układu nerwowego (jeżeli w opinii lekarza prowadzącego zachodzi uzasadniona potrzeba);</li> <li>7) Badanie fizykalne oraz wywiad lekarza prowadzącego w kierunku charakterystycznych objawów choroby Fabry’ego (w tym: tolerancji ciepła i zimna, bólu, pocenia, objawów gastrologicznych i angiokeratomy) oraz tolerancji podawanego leku;</li> <li>8) Ocena jakości życia i bólu na podstawie najbardziej optymalnego w ocenie lekarza prowadzącego kwestionariusza – należy podać nazwę skali/kwestionariusza według której oceniano jakość życia i nasilenie bólu;</li> <li>9) Poziom globotriaosylosfingozyny (lyso-Gb3);</li> <li>10) Ocena miana przeciwciał przeciwko alfa-galaktozydazie (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>11) Badanie audiometryczne, konsultacja laryngologiczna lub audiologiczna (w uzasadnionych przypadkach);</li> <li>12) Konsultacja okulistyczna, z oceną dna oka i przedniego odcinka oka (w uzasadnionych przypadkach);</li> </ol>
---	--	---

- 10) Zaawansowana choroba serca z rozległymi zwłóknieniami lub schyłkowa niewydolność serca (NYHA 4) bez możliwości przeszczepu, o ile choroba serca jest jedynym (objawowym) wskazaniem do rozpoczęcia terapii;
- 11) Zawansowane zmiany w zakresie OUN;
- 12) Końcowe stadium choroby nerek, bez możliwości przeszczepu;
- 13) Końcowe stadium choroby Fabry'ego lub obecność ciężkich chorób współtowarzyszących, lub innych poważnych wrodzonych anomalii, które w ocenie lekarza kwalifikującego do leczenia lub Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkowych mogą uniemożliwić poprawę stanu zdrowia świadczeniobiorcy.

#### **4. Kryteria wyłączenia z programu leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa lub migalastatem**

- 1) Wystąpienie zagrażającej życiu nadwrażliwości na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) Wystąpienie ciężkich zdarzeń niepożądanych;
- 3) Rozpoczęcie terapii chlorochiną, amiodaronem, monobenzenem lub gentamycyną – dotyczy leczenia agalzydazą beta lub agalzydazą alfa;
- 4) Ciąża lub laktacja;
- 5) Znaczna progresja choroby pomimo leczenia;
- 6) Brak współpracy pacjenta przy realizacji programu.

- 13) Konsultacja dermatologiczna, z oceną zmian skórnych w kierunku angiokeratomy i potliwości (w uzasadnionych przypadkach).

#### **3. Monitorowanie programu**

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowo przedstawianie na żądanie kontrolerów NFZ;
- 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: Informacje przekazuje się w formie papierowej i/lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## LECZENIE ZAPALENIA BŁONY NACZYNIOWEJ OKA (ZBN) – CZĘŚĆ POŚREDNIA, ODCINEK TYLNY LUB CAŁA BŁONA NACZYNIOWA (ICD-10 H 20.0, H 30.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji:</b></p> <p>Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynacyjny, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Do oceny stanu klinicznego pacjentów stosowane są kryteria SUN opisane w <i>standaryzacji nomenklatury zapaleń błony naczyniowej (Standardization of Uveitis Nomenclature)</i>.</p> <p>Do leczenia adalimumabem w ramach programu lekowego kwalifikują się świadczeniobiorcy spełniający następujące kryteria (<i>konieczne jest łączne spełnienie kryteriów przedstawionych w punkcie a i b oraz jednego z kryteriów wskazanych w punkcie c, d i e</i>).</p> <p>a) wiek chorego <math>\geq 18</math> r.ż.;</p> <p>b) chorzy z niezakaźnym przewlekłym, przetrwałym lub nawrotowym ZBN (części pośrodkowej, odcinka tylnego lub całej błony naczyniowej);</p> <p>c) niemożliwe do osiągnięcia stadium nieaktywne choroby przy dawce <math>\leq 10</math> mg prednizolonu (lub dawce równoważnej innego leku steroidowego) lub terapii lekami immunosupresyjnymi, lub kombinacji leczenia obu typami leków po kursie leczenia trwającym 15 tygodni. Choroba nieaktywna definiowana jest jako:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— brak aktywnej zapalnej zmiany naczyniówki i siatkówki i/lub naczyń siatkówki,</li> <li>— stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka <math>\leq 0,5+</math> według kryteriów SUN,</li> </ul>	<p><b>1. Dawkowanie:</b></p> <p>Dawka początkowa adalimumabu u dorosłych pacjentów wynosi 80 mg podskórnym, a następnie po upływie jednego tygodnia od podania dawki początkowej stosuje się dawkę 40 mg podskórnym podając adalimumab co drugi tydzień.</p> <p>Chorzy stosujący terapię steroidową w chwili włączenia do programu powinni ją kontynuować. Dawka kortykosteroidu powinna być jednak systematycznie zmniejszana zgodnie z zaleceniami przedstawionymi w odpowiedniej Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia adalimumabem:</b></p> <p>W ramach kwalifikacji chorego do udziału w programie należy wykonać następujące badania:</p> <p>a) morfologia krwi obwodowej lub morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</p> <p>b) płytki krwi (PLT);</p> <p>c) odczyn Biernackiego (OB);</p> <p>d) aminotransferaza alaninowa (AlAT);</p> <p>e) aminotransferaza asparaginianowa (AspAT);</p> <p>f) poziom kreatyniny w surowicy;</p> <p>g) białko C-reaktywne;</p> <p>h) badanie ogólne moczu (do decyzji lekarza);</p> <p>i) próba tuberkulinowa lub test Quantiferon;</p> <p>j) testu na kилę;</p> <p>k) testu na boreliozę;</p> <p>l) obecność antygeny HBs;</p> <p>m) przeciwciała anty-HCV;</p> <p>n) obecność antygeny wirusa HIV (HIV Ag/Ab Combo);</p> <p>o) stężenie elektrolitów w surowicy;</p> <p>p) RTG klatki piersiowej z opisem (do 6 miesięcy przed kwalifikacją);</p>

<p>— stopień przymglenia ciała szklistego oka <math>\leq 0,5+</math> według kryteriów SUN;</p> <p>d) konieczność zmniejszenia dawki kortykosteroidów lub odstawienia leczenia immunosupresyjnego, u chorych z chorobą nieaktywną u których udokumentowano co najmniej 1 zaostrzenie choroby występujące w czasie do 28 dni od rozpoczęcia zmniejszania dawki kortykosteroidów lub stabilizacji po odstawieniu obu typu leków trwającej krócej niż 3 miesiące;</p> <p>e) występowanie przeciwwskazań lub objawów nietolerancji terapii z zastosowaniem kortykosteroidów lub leków immunosupresyjnych.</p> <p>Do programu włączani są również chorzy, którzy byli uprzednio leczeni w ramach hospitalizacji według jednorodnych grup pacjentów (JGP) adalimumabem, pod warunkiem, że spełniali kryteria włączenia do programu.</p> <p>Kobiety w wieku rozrodczym muszą wyrazić zgodę na świadomą kontrolę urodzeń w trakcie leczenia adalimumabem oraz w okresie do 5 miesięcy po zastosowaniu ostatniej dawki adalimumabu.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie:</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p>W przypadku braku powikłań leczenie prowadzone powinno być 24 miesiące.</p> <p>Za remisję należy uznać brak aktywności według kryteriów SUN trwający więcej niż 3 miesiące po odstawieniu leczenia.</p> <p>W przypadku nawrotów pacjent może być włączony do programu zgodnie z kryteriami włączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia:</b></p> <p>W przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent zostaje wyłączony z programu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) niepowodzenie leczenia - wystąpienie w co najmniej 1 oku co najmniej 1 z poniższych zmian w czasie co najmniej 6 tygodni (chorzy z aktywną postacią ZBN) od rozpoczęcia terapii adalimumabem:</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>q) EKG z opisem;</li> <li>r) konsultację neurologiczną z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego.</li> <li>s) konsultację ginekologiczną z wykluczeniem ciąży;</li> <li>t) ocena stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz stopnia przymglenia ciała szklistego według kryteriów SUN;</li> <li>u) badanie okulistyczne z oceną najlepszej skorygowanej ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS, pomiarem ciśnienia wewnątrzgałkowego, oceną dna oka i plamki żółtej w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT), oceną gałki ocznej w badaniu ultrasonograficznym typ B.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia adalimumabem:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Monitorowanie stanu miejscowego na podstawie badania okulistycznego: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) przed podaniem pierwszej dawki leku;</li> <li>b) przed podaniem 5 dawki leku z oceną skuteczności leczenia w stosunku do stanu wyjściowego;</li> <li>c) przed podaniem kolejnej 5 dawki leku.</li> </ol> </li> </ol> <p>Badanie okulistyczne powinno obejmować:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— ocenę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali na tablicach Snellena lub EDTRS,</li> <li>— pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego,</li> <li>— ocenę przedniego odcinka i dna oka,</li> </ul>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>— powstanie nowych aktywnych zmian zapalnych naczyńówki lub siatkówki, lub naczyń siatkówki,</li> <li>— pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku do dali względem wartości początkowej o <math>\geq 15</math> liter (<math>\geq 3</math> linie wg Snellena),</li> <li>— stopień nacieków komórkowych w komorze przedniej oka oraz przymglenie ciała szklistego oka wynoszące <math>\geq 0,5</math> dla pacjentów, którzy osiągnęli stopień 0 według kryteriów SUN,</li> <li>— zwiększenie stopnia nacieków komórkowych w komorze przedniej oka lub przymglenie ciała szklistego o <math>\geq 2</math> stopnie lub zwiększenie z +3 na +4 według kryteriów SUN;</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) nadwrażliwość na adalimumab;</li> <li>3) wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;</li> <li>4) brak współpracy chorego z lekarzem prowadzącym: <ul style="list-style-type: none"> <li>— niestosowanie się do zaleceń (uchylanie się od wykonywania badań laboratoryjnych),</li> <li>— nieregularne przyjmowanie leków (pominięcie 2 kolejnych dawek leku),</li> <li>— brak współpracy w monitorowaniu leczenia (niezgłaszanie się na wizyty kontrolne).</li> </ul> </li> </ol> <p><b>4. Przeciwwskazania do udziału w programie:</b></p> <p>W przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów pacjent nie może być włączony programu:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) aktywne zakażenia (ostre lub przewlekłe) bakteryjne, wirusowe, grzybicze lub pasożytnicze (szczególnie gruźlica, infekcja wirusem HIV lub WZW typu B);</li> <li>2) umiarkowana lub ciężka niewydolność mięśnia sercowego (klasa III/IV według NYHA);</li> <li>3) niestabilna choroba wieńcowa;</li> <li>4) przewlekła niewydolność oddechowa;</li> <li>5) przewlekła niewydolność nerek;</li> </ol>		<ul style="list-style-type: none"> <li>— ocena plamki w badaniu optycznej koherentnej tomografii (OCT).</li> </ul> <p>Kryteria oceny skuteczności. Pogorszenie oceniane jest zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu. Za poprawę uważa się:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— zmniejszenie liczby komórek w komorze przedniej lub zmniejszenie przymglenia ciała szklistego o <math>\leq 2</math> według kryteriów SUN przy stanie początkowym większym lub równym 2,</li> <li>— zmniejszenia liczby komórek w komorze przedniej lub przymglenia ciała szklistego do poziomu 0 według kryteriów SUN przy stanie początkowym mniejszym niż 2,</li> <li>— zmniejszenie się lub brak aktywnych zmian zapalnych naczyńówki lub siatkówki, lub naczyń siatkówki,</li> <li>— poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku o 3 linie według Snellena lub 15 liter na tablicy EDTRS w stosunku do wartości wyjściowych bądź stabilizację ostrości wzroku.</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>2) Monitorowanie stanu ogólnego na podstawie badań: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) przed podaniem 3 dawki leku (morfologia krwi obwodowej, CRP, OB, AIAT, AspAT);</li> <li>b) przed podaniem 5 dawki leku (morfologia krwi obwodowej, CRP, OB, AIAT, AspAT);</li> </ol> </li> </ol>
---	--	---

- 6) przewlekła niewydolność wątroby;
- 7) zespół demielinizacyjny lub objawy przypominające ten zespół;
- 8) choroba alkoholowa, poalkoholowe uszkodzenie wątroby lub każda czynna postępująca choroba wątroby;
- 9) ciąża lub karmienie piersią;
- 10) rozpoznanie stanów przednowotworowych lub nowotworów złośliwych w okresie do 5 lat poprzedzających moment kwalifikowania do programu;
- 11) ZBN przedniej komory oka;
- 12) podejrzewan lub potwierdzone zakaźne ZBN;
- 13) choroidopatia pelzająca;
- 14) zmętnienie rogówki lub soczewek uniemożliwiający ocenę dna oka;
- 15) zaćma kwalifikowana do operacji i uniemożliwiająca monitorowanie wyników leczenia w programie przez okres 24 miesiące;
- 16) niekontrolowana jaskra (brak regulacji ciśnienia wewnątrzgałkowego i stabilizacji zmian w polu widzenia przy  $\geq 2$  liczbie leków przeciwwjaskrowych) mogąca wymagać leczenia operacyjnego w ciągu 24 miesięcy;
- 17) najlepsza skorygowana ostrość wzroku do dali  $< 0,4$  według Snellena ( $< 20$  liter EDTRS) w co najmniej jednym oku;
- 18) proliferacyjna retinopatia cukrzycowa lub nieproliferacyjna retinopatia cukrzycowa o ciężkim przebiegu bądź istotny klinicznie obrzęk płamki żółtej z powodu retinopatii cukrzycowej;
- 19) wysiękowa postać zwyrodnienie płamki związanego z wiekiem;
- 20) patologię złącza szklistkowo-siatkówkowego potencjalnie prowadzące do uszkodzenia struktury płamki żółtej niezależnie od procesu zapalnego;
- 21) brak przejrzystości ciała szklistego uniemożliwiający monitorowanie przebiegu leczenia;
- 22) obrzęk płamki żółtej jako jedyny objaw ZBN;
- 23) zapalenie nadtwardówki i twardówki.

- c) przed podaniem kolejnej 5 dawki leku (morfologia krwi obwodowej, CRP, OB, ALAT, AspAT) – do decyzji lekarza prowadzącego;
- d) co 6 miesięcy należy wykonać próbę tuberkulinową lub test Quantiferon;
- e) co 6 miesięcy należy przeprowadzić konsultację neurologiczną z ewentualnym badaniem MRI do decyzji lekarza konsultującego.

### 3. Monitorowanie programu:

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**PROFILAKTYKA REAKTYWACJI WIRUSOWEGO ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B U ŚWIADCZENIOBIORCÓW PO PRZESZCZEPACH LUB U ŚWIADCZENIOBIORCÓW OTRZYMUJĄCYCH LECZENIE ZWIĄZANE Z RYZYKIEM REAKTYWACJI HBV (ICD-10 B 18.0, B 18.1, B 18.9, B 19.0, B 19.9, C 22.0, C 82, C 83, C 85, C 90.0, C 91, C 92, D 45, D 47, D 75, Z 94)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b> Do programu kwalifikują się świadczeniobiorcy u których wykrywa się obecność HBsAg i/lub przeciwciał anty-HBc przy wykrywalnym lub niewykrywalnym HBV DNA:</p> <p>1.1. poddani transplantacji narządu/komórek krwiotwórczych lub</p> <p>1.2. zakwalifikowani do leczenia biologicznego związanego z wysokim lub średnim ryzykiem reaktywacji HBV (leczenie przeciwciałami monoklonalnymi anty-CD20, chemioterapią systemową, glikokortykosteroidami w dużych dawkach (<math>\geq 20</math> mg dz. &gt; 4 tygodnie) inhibitorami kinaz tyrozynowych, inhibitorami cytokin, inhibitorami immunofilin, inhibitorami TNF-alfa oraz inhibitorami proteasomów)</p> <p>lub</p> <p>1.3. leczeni z powodu raka wątrobowokomórkowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b> Profilaktykę/leczenie HBV stosuje się przez cały okres leczenia biologicznego i 18 miesięcy po jego zakończeniu. W wybranych przypadkach terapię można stosować bez ograniczeń czasowych.</p>	<p><b>Entekawir:</b> 0,5 mg 1x dobę lub <b>Tenofowir:</b> 245 mg 1 x na dobę</p> <p><i>Entekawir lub tenofowir powinny być stosowane przez cały czas trwania leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz dodatkowo przez 18 miesięcy po jego zakończeniu.</i></p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) HBsAg</li> <li>2) anty-HBs</li> <li>3) anty-HBc IgG/całkowite</li> <li>4) HBV DNA ilościowe</li> <li>5) morfologia krwi</li> <li>6) ALT</li> <li>7) kreatynina</li> </ol> <p><b>2. Badania w trakcie leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV - co 3 miesiące:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ALT</li> <li>2) HBV DNA</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie w trakcie 18 miesięcznej kontynuacji profilaktyki po zakończeniu leczenia związanego z ryzykiem reaktywacji HBV oraz w ciągu 12 miesięcy po zakończeniu profilaktyki reaktywacji HBV - co 3 miesiące:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) HBV DNA</li> </ol>



Po zakończeniu leczenia niezbędne jest monitorowanie statusu HBV DNA przez minimum 12 miesięcy.

#### **4. Monitorowanie programu**

- 1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych.
- 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez oddziały wojewódzkie NFZ, nie rzadziej niż co 3 miesiące oraz na zakończenie leczenia.
- 3) Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom NFZ.

**LECZENIE PRZEWLEKŁEJ POKRZYWKI SPONTANICZNEJ (ICD-10:L50.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) wiek <math>\geq</math> 12. roku życia;</p> <p>2) udokumentowana co najmniej 6 miesięczna historia przewlekłej pokrzywki spontanicznej poprzedzająca kwalifikację do programu (licząc od dnia pojawiania się objawów pokrzywki);</p> <p>3) ciężka postać pokrzywki, ze wskaźnikami:</p> <p>a) Skali Aktywności Pokrzywki: UAS7 <math>\geq</math> 28 oraz</p> <p>b) jakości życia zależnych od zmian skórnych DLQI <math>\geq</math> 10;</p> <p>4) oporna przewlekła pokrzywka spontaniczna, w przypadku, gdy w okresie poprzedzającym kwalifikację do programu nie uzyskano oczekiwanej poprawy kontroli objawów po leczeniu lekami przeciwhistaminowymi H1 drugiej generacji przyjmowanych w dawce 4-krotnie przekraczającej dawkę standardową przez okres minimum 4 tygodni;</p> <p>5) W przypadku kobiet i miesiączkujących dziewcząt wymagana jest zgoda na świadoma kontrolę urodzeń w czasie leczenia.</p>	<p><b>1. Dawkowanie omalizumabu</b></p> <p>Omalizumab należy podawać zgodnie z dawkowaniem określonym w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego tj. 300mg podawanych podskórnym co 4 tygodnie.</p> <p>1.1. Leczenie omalizumabem należy zawiesić po 24 tygodniach od rozpoczęcia terapii (podania pierwszej dawki leku). Pacjent nie powinien przerywać leczenia lekiem przeciwhistaminowym. W czasie zawieszenia udziału pacjenta w programie lekowym zastosowanie leku przeciwhistaminowego pozostaje do decyzji lekarza.</p> <p>1.2. U pacjentów, u których odwiesza się leczenie omalizumabem terapia powinna być kontynuowana z zastosowaniem dawki zgodnej z Charakterystyką Produktu Leczniczego przez okres kolejnych 24 tygodni tj. 300mg podawanych podskórnym co 4 tygodnie.</p> <p>Leczenie może być kontynuowane w warunkach domowych, jeśli lekarz i pacjent uznają to za właściwe.</p> <p>Pacjent odbywa w ośrodku leczenia pokrzywki minimum trzy wizyty w odstępach zgodnych z dawkowaniem leku.</p> <p>Wizyty mają też na celu edukację pacjenta w zakresie administrowania leku – samodzielnego lub przez opiekuna prawnego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu</p> <p>2) ocena nasilenia objawów pokrzywki:</p> <p>a) Skala Aktywności Pokrzywki: UAS7,</p> <p>b) Ocena jakości życia na podstawie kwestionariusza DLQI;</p> <p>3) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>4) CRP;</p> <p>5) TSH;</p> <p>6) aminotransferaza alaninowa (ALAT);</p> <p>7) kreatynina i mocznik w surowicy;</p> <p>8) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Badania przeprowadzane przed podaniem leku w ośrodku, nie rzadziej niż raz na 3 miesiące:</b></p> <p>1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (weryfikacja kwestionariuszy UAS7 i DLQI);</p> <p>2) dokładny wywiad dotyczący efektów leczenia i ewentualnych działań niepożądanych.</p>

<p><b>2. Kryteria wyłączenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) brak odpowiedzi na leczenie omalizumabem po podaniu 3 dawki leku oceniona w 12 tygodniu na podstawie kryteriów skuteczności leczenia zdefiniowanych, jako UAS7&gt;16 lub DLQI≥10;</li> <li>2) ciąża lub laktacja;</li> <li>3) wystąpienie któregośkolwiek z przeciwwskazań do stosowania omalizumabu;</li> <li>4) izolowany obrzęk naczynioruchowy;</li> <li>5) wysiewy bąbli pokrzywkowych będące objawem innych schorzeń, np.: anafilaksji, chorób nowotworowych, mastocytozy czy infekcji pasożytniczych;</li> <li>6) potwierdzona pokrzywka naczyniowa;</li> <li>7) aktualna terapia lekami przeciwnowotworowymi, immunoglobulinami lub innymi lekami biologicznymi;</li> <li>8) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich.</li> </ol> <p><b>3. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Po upływie 24 tygodni leczenie omalizumabem zostaje zawieszane. W trakcie zawieszenia terapii pacjent pozostaje w programie lekowym i jest obserwowany w zakresie kontroli choroby, a w przypadku istotnego pogorszenia kontroli choroby lekarz może zdecydować o ponownym rozpoczęciu podawania leku.</p> <p>Pacjent, u którego zawieszono leczenie omalizumabem, a u którego wcześniejszym leczeniem osiągnięto istotną poprawę kontroli choroby i poprawę jakości życia, może być ponownie włączony przez lekarza prowadzącego do programu jeżeli podczas badania kontrolnego stwierdzono nawrót choroby definiowany jako wzrost wartości wskaźników UAS7 do</p>	<p>Pacjent lub opiekunowie prawni pacjenta muszą być poinstruowani odnośnie techniki podawania leku, prowadzenia dziennika leczenia oraz rozpoznawania działań niepożądanych (ciężkich reakcji alergicznych) i czynności, które należy podjąć w przypadku ich wystąpienia.</p> <p>Pacjent otrzymuje leki w ośrodku prowadzącym terapię pokrzywki danego pacjenta.</p> <p>Lek może być wydany dla celów terapii domowej na okres nie przekraczający 3 miesięcy.</p>	<p><b>2.2. Po 12 i 24 tygodniu leczenia:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (wypełnienie kwestionariuszy UAS7 i DLQI);</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) CRP;</li> <li>4) TSH;</li> <li>5) aminotransferaza alaninowa (ALAT);</li> <li>6) próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>7) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu.</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie w trakcie zawieszenia leczenia (po upływie 24 tygodni leczenia omalizumabem), nie rzadziej niż raz na 3 miesiące</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena kliniczna z oceną skuteczności leczenia i jakości życia (kwestionariuszy UAS7 i DLQI);</li> <li>2) dokładny wywiad dotyczący stanu zdrowia i ewentualnych działań niepożądanych.</li> </ol> <p><b>4. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> </ol>
--	--	---

poziomu wartości nie mniejszej niż 16 oraz pacjent nie spełnia kryteriów wyłączenia z programu.

U chorych, u których w okresie 24 tygodni od dnia zawieszenia terapii nie dojdzie do istotnego pogorszenia kontroli choroby, leczenie omalizumabem oraz udział w programie lekowym ulega zakończeniu.

Chory może być ponownie zakwalifikowany do terapii omalizumabem o ile spełni kryteria włączenia i nie spełni żadnego z kryteriów wyłączenia.

#### **4. Kryteria ponownego włączenia do programu**

Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania substancji czynnej wymienionej w programie i zastosowanej zgodnie z jego treścią z powodu:

a) wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu

albo

b) planowej przerwy w leczeniu.

Ponownej kwalifikacji pacjenta do programu dokonuje lekarz.

3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## LECZENIE AGRESYWNEGO I OBJAWOWEGO, NIEOPERACYJNEGO, MIEJSCOWO ZAAWANSOWANEGO LUB PRZERZUTOWEGO RAKA RDZENIASTEGO TARCZYCY (ICD-10 C73)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Leczenie wandetanibem dorosłych chorych z agresywnym i objawowym, nieoperacyjnym, miejscowo zaawansowanym lub przerzutowym rakiem rdzeniastym tarczycy, które ma na celu zahamowanie rozwoju choroby</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie raka rdzeniastego tarczycy potwierdzone histologicznie;</li> <li>2) leczenie chorych w stadium choroby miejscowo zaawansowanej lub uogólnionej po wykluczeniu możliwości wykorzystania resekcji lub metod ablacyjnych i radioterapii;</li> <li>3) obecność przerzutów udokumentowana na podstawie badania klinicznego i wyników badań obrazowych;</li> <li>4) nowotwór objawowy i o postępującym przebiegu: konieczność udokumentowania progresji według kryteriów RECIST 1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors) w okresie 12 miesięcy poprzedzających wdrożenie leczenia wandetanibem;</li> <li>5) obecność zmian możliwych do zmierzenia według kryteriów klasyfikacji RECIST 1.1 (Response Evaluation Criteria in Solid Tumors);</li> <li>6) zadowalająca wydolność wątroby i nerek: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) stężenie bilirubiny nieprzekraczające 1,5 razy górnej granicy normy (kryterium nie ma zastosowania w przypadku choroby Gilberta),</li> <li>b) stężenie AspAT, AlAT oraz fosfatazy alkalicznej nieprzekraczające 2,5-krotnie górnej granicy normy referencyjnej lub nieprzekraczające 5-krotnie górnej granicy normy referencyjnej, jeśli zostaną uznane przez lekarza za związane z przerzutami do wątroby,</li> <li>c) klirens kreatyniny co najmniej 30 ml/min;</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie wandetanibu</b></p> <p>Maksymalnie do 300 mg na dobę zgodnie z ChPL aktualnym na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie AlAT;</li> <li>3) oznaczenie AspAT;</li> <li>4) oznaczenie stężenia potasu;</li> <li>5) oznaczenie stężenia wapnia;</li> <li>6) oznaczenie stężenia magnezu;</li> <li>7) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>8) oznaczenie stężenia kreatyniny;</li> <li>9) oznaczenie stężenia kalcytoniny;</li> <li>10) oznaczenie stężenia TSH;</li> <li>11) badanie ogólne moczu;</li> <li>12) badanie wzroku, w tym badanie z użyciem lampy szczelinowej;</li> <li>13) EKG z oceną odstępu QTc;</li> <li>14) TK lub NMR szyi, klatki piersiowej i jamy brzusznej w celu oceny wyjściowego zaawansowania choroby;</li> <li>15) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li> <li>16) oznaczenie wskaźnika INR u chorych leczonych antagonistami witaminy K;</li> </ol>

- 7) prawidłowe wartości stężenia potasu, magnezu i wapnia w surowicy krwi; stężenie potasu powinno wynosić  $>4\text{mmol/l}$ ;
- 8) odstęp QTc  $< 480$  ms w zapisie EKG;
- 9) stan sprawności 0-2 według klasyfikacji Zubroda – ECOG - WHO;
- 10) wiek powyżej 18 lat;
- 11) ujemny wynik testu ciążyowego bezpośrednio przed włączeniem leczenia u kobiet w wieku rozrodczym;
- 12) zgoda na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia;

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni wandetanibem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

### 1.2. Określenie czasu leczenia wandetanibem

- 1) Leczenie trwa do momentu progresji choroby lub do czasu, gdy ryzyko leczenia przewyższa korzyści z jego kontynuacji.
- 2) W przypadku zdarzenia 3. stopnia według wspólnej terminologii kryteriów dla działań niepożądanych (CTCAE) lub większej toksyczności lub wydłużenia odstępu QT (QTc w zapisie EKG)  $>500$  ms, należy przynajmniej tymczasowo przerwać stosowanie wandetanibu, a kiedy objawy toksyczności ustąpią lub ulegną poprawie do stopnia I. w skali CTCAE, wznowić jego stosowanie w zmniejszonej dawce.

### 1.3. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do udziału w programie

- 1) wrodzony zespół wydłużonego odstępu QTc;
- 2) czas trwania odstępu QTc powyżej 480 ms podczas kwalifikacji do programu;
- 3) jednoczesne stosowanie produktów leczniczych mogących mieć wpływ na wydłużenie odstępu QTc lub indukować występowanie częstoskurczu torsades de pointes (związki arsenu, cyzapryd, erytromycyna podawana dożylnie, toremifen, mizolastyna, moksyflokscyna, leki przeciwwarjacyjne klas IA oraz III);
- 4) częstoskurcz torsades de pointes w wywiadzie, jeśli nie wszystkie czynniki ryzyka zostały skorygowane;
- 5) ciężkie zaburzenia czynności nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min);

- 17) test ciążyowy u kobiet w wieku rozrodczym.

## 2. Monitorowanie leczenia

### 2.1. Badania wykonywane po pierwszym tygodniu od rozpoczęcia leczenia:

- 1) badanie EKG z oceną odstępu QTc w zapisie EKG;
- 2) oznaczenie stężenia potasu;
- 3) oznaczenie stężenia wapnia;
- 4) oznaczenie stężenia magnezu.

### 2.2. Badania wykonywane po 3, 6 i 12 tygodniach od rozpoczęcia leczenia:

- 1) oznaczenie AlAT;
- 2) oznaczenie AspAT;
- 3) oznaczenie stężenia bilirubiny;
- 4) oznaczenie stężenia kreatyniny;
- 5) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi;
- 6) oznaczenie stężenia kalcytoniny (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia);
- 7) badanie TSH (najwcześniej 12 tygodni po rozpoczęciu leczenia);
- 8) badanie EKG z oceną QTc;
- 9) pomiar ciśnienia tętniczego (lub częściej, jeśli klinicznie wskazane).

### 2.3. Badania wykonywane co 3 miesiące:

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie AlAT;
- 3) oznaczenie AspAT;
- 4) oznaczenie stężenia bilirubiny;

6) zaburzenia czynności wątroby:

- a) stężenie bilirubiny w surowicy przekraczające 1,5 razy górną granicę normy (to kryterium nie ma zastosowania w przypadku choroby Gilberta),
- b) stężenia AspAT, AlAT oraz fosfatazy alkalicznej przekraczające 2,5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, lub przekraczające 5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, jeśli zostaną uznane przez lekarza za związane z przerzutami do wątroby;

7) zabieg operacyjny w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem leczenia;

8) radioterapia w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem leczenia;

9) ciężkie lub niekontrolowane (według oceny lekarza prowadzącego) choroby towarzyszące w tym:

- a) zawał serca w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia,
- b) niestabilna choroba wieńcowa,
- c) poważne zaburzenia rytmu serca,
- d) objawowa niewydolność serca  $\geq$  NYHA 2,
- e) ciśnienie tętnicze  $\geq$  160/100 mm Hg mimo farmakoterapii,
- f) udar mózgu (w tym TIA) w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia,
- g) incydent zakrzepowo-zatorowy w ciągu 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia,
- h) aktywne krwawienie z dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego w ciągu 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia,
- i) przetoka w ciągu 6 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia,
- j) perforacja przewodu pokarmowego,
- k) obecność niewygojonych ran, owrzodzeń, złamań kostnych,
- l) inne kliniczne istotne schorzenia (aktywna infekcja wymagająca leczenia systemowego; zakażenie wirusem HIV lub objawowy AIDS),

10) ciąża i karmienie piersią;

11) brak zgody na stosowanie efektywnej antykoncepcji w trakcie trwania leczenia.

#### 1.4. Kryteria wyłączenia

- 1) wystąpienie istotnych objawów nadwrażliwości na wandetanib;
- 2) konieczność jednoczesnego stosowania produktów leczniczych mogących mieć wpływ na wydłużenie odstępu QTc lub indukować występowanie torsades de pointes (związki

5) oznaczenie stężenia kreatyniny;

6) oznaczenie stężenia potasu, wapnia i magnezu w surowicy krwi;

7) oznaczanie stężenia kalcytoniny;

8) oznaczenie stężenia TSH;

9) badanie ogólne moczu;

10) badanie TK/NMR w celu przeprowadzenia oceny odpowiedzi na leczenie.

#### 2.4. Badania wykonywane co 12 miesięcy:

- 1) badanie wzroku z użyciem lampy szczelinowej.

#### 3. Monitorowanie programu

1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.

2) Uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia.

3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

arsenu, cyzapryd, erytromycyna podawana dożylnie, toremifen, mizolastyna, moksyflokscyna, leki przeciwaritmiczne klas IA oraz III);

3) ciężkie zaburzenia czynności nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min);

4) zaburzenia czynności wątroby:

a) stężenie bilirubiny w surowicy przekraczające 1,5 razy górną granicę normy (to kryterium nie ma zastosowania w przypadku choroby Gilberta)

b) stężenia AspAT, AlAT oraz fosfatazy alkalicznej przekraczające 2,5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, lub przekraczające 5-krotnie górną granicę normy referencyjnej, jeśli zostaną uznane przez lekarza za związane z przerzutami do wątroby;

5) konieczność wykonania zabiegu operacyjnego;

6) konieczność wykonania zabiegu radioterapii;

7) wystąpienie ciężkich lub niekontrolowanych (według oceny lekarza prowadzącego) chorób towarzyszących w tym:

a) zawał serca,

b) niestabilna choroba wieńcowa,

c) poważne zaburzenia rytmu serca,

d) objawowa niewydolność serca  $\geq$  NYHA 2,

e) ciśnienie tętnicze  $\geq$  160/100 mm Hg mimo farmakoterapii,

f) udar mózgu (w tym TIA),

g) incydent zakrzepowo-zatorowy,

h) aktywne krwawienie z dróg oddechowych lub przewodu pokarmowego,

i) przetoka,

j) perforacja przewodu pokarmowego,

k) obecność niewygojonych ran, owrzodzeń, złamań kostnych,

l) inne kliniczne istotne schorzenia (aktywna infekcja wymagająca leczenia systemowego; zakażenie wirusem HIV lub objawowy AIDS),

8) ciąża i karmienie piersią;

9) brak zgody na stosowanie antykoncepcji w trakcie trwania leczenia.



## LECZENIE UZUPEŁNIAJĄCE L-KARNITYNĄ W WYBRANYCH CHOROBYCH METABOLICZNYCH (E 71.1, E 71.3, E 72.3)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji chorych do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia co 6 miesięcy odbywa się, w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p>Do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, których leczenie L-karnityną było finansowane w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)</b></p> <p>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie 3-metylokrotonylo-glicynurii oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)</b></p> <p>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii glutarowej typu I oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną</p>	<p>Leczenie należy rozpocząć w momencie ustalenia wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną.</p> <p>Dawki L-karnityny należy dostosowywać indywidualnie do określonej jednostki chorobowej, wieku, masy ciała i stanu klinicznego pacjenta oraz do bieżącego stężenia wolnej karnityny we krwi. Okresowo – w zależności od sytuacji klinicznej – może występować konieczność zwiększenia dawki nawet do poziomu maksymalnego (stan dekomensacji) lub redukcji nawet do poziomu 0 (w sytuacji wyrównania metabolicznego). Każdorazowo o zmianie dawkowania L-karnityny decyduje lekarz prowadzący.</p> <p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p><b>1.1. 3-metylokrotonylo-glicynuria (MCG)</b></p> <p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.2. Acyduria glutarowa I (GA I)</b></p>	<p>Badania diagnostyczne przy kwalifikacji oraz w ramach monitorowania leczenia L-karnityną są tożsame dla wszystkich jednostek chorobowych.</p> <p><b>1. Badania przy kwalifikacji:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badanie podmiotowe;</li> <li>2) Badanie przedmiotowe (fizykalne);</li> <li>3) Stężenie karnityny wolnej;</li> <li>4) Stężenie karnityny całkowitej;</li> <li>5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia (co 180 dni):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Badanie podmiotowe;</li> <li>2) Badanie przedmiotowe (fizykalne);</li> <li>3) Stężenie karnityny wolnej;</li> <li>4) Stężenie karnityny całkowitej;</li> <li>5) Profil acylkarnityn w suchej kropli krwi metodą tandemowej spektrometrii mas.</li> </ol>

<p>zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)</b> Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii izowalerianowej (IVA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)</b> Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii metylomalonowej (MMA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.5. Acyduria propionowa (PA)</b> Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie acydurii propionowej (PA) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.6. Zaburzenia spalania długolącuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2</b> Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu długolącuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD lub VLCADD, lub deficyt MTP, lub deficyt CACT, lub deficyt CPT2 oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)</b></p>	<p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.3. Acyduria izowalerianowa (IVA)</b> Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.4. Acyduria metylomalonowa (MMA)</b> Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.5. Acyduria propionowa (PA)</b> Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.6. Zaburzenia spalania długolącuchowych kwasów tłuszczowych (LC-FAOD) – LCHADD, VLCADD, deficyt MTP, deficyt CACT, deficyt CPT2</b> Zalecane dawkowanie: od 0 do 30 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.7. Deficyt dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD)</b></p>	<p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li> </ol>
--	--	--

<p>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu dehydrogenazy acylo-CoA średniołańcuchowych kwasów tłuszczowych (MCADD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)</b></p> <p>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie pierwotnego deficytu karnityny (CUD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>1.9. 1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)</b></p> <p>Ostatecznie potwierdzone rozpoznanie deficytu wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD) oraz ustalenie wskazań klinicznych i biochemicznych do zastosowania leczenia L-karnityną zgodnie z badaniami diagnostycznymi wykonywanymi w ramach programu przy kwalifikacji.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Przedłużenie leczenia następuje co 6 miesięcy decyzją Zespołu Koordynacyjnego ds. Chorób Ultrazadkich, na podstawie nadesłanej karty monitorowania terapii.</p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich lub lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p> <p>1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na L-karnitynę</p>	<p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.8. Pierwotny deficyt karnityny (CUD)</b></p> <p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 200 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p> <p><b>1.9. Deficyt wielu dehydrogenaz acylo-CoA (MADD)</b></p> <p>Zalecane dawkowanie: od 0 do 100 mg/kg m.c./doba; podzielona na co najmniej trzy dawki.</p>	
--	--	--

## LECZENIE DINUTUKSYMABEM BETA PACJENTÓW Z NERWIAKIEM ZARODKOWYM WSPÓLCZULNYM (ICD-10 C47)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kwalifikacja świadczeniobiorców do terapii</b>            Pacjent jest kwalifikowany do programu przez Zespół Koordynujący ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym” powołany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>2. Rodzaje programów</b></p> <p><b>A. Leczenie noworozpoznanego nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem</b></p> <p><b>A.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami <i>International Neuroblastoma Staging System (INSS)</i></li> <li>2) zakwalifikowanie choroby do grupy wysokiego ryzyka definiowanej jako:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a) stopień 2, 3, 4 i 4s wg. INSS z amplifikacją MYCN, niezależnie od wieku pacjenta w momencie rozpoznania, lub</li> <li>b) stopień 4 wg INSS bez amplifikacji MYCN w wieku &gt;12 miesięcy w momencie rozpoznania,</li> </ol> </li> <li>3) uzyskanie minimum częściowej remisji miejsc przerzutów po zastosowaniu leczenia indukcyjnego zgodnie z aktualnym</li> </ol>	<p><b>Dawkowanie:</b></p> <p>Dawkowanie dinutuksymabu beta odbywa się zgodnie z zasadami określonymi w Charakterystyce Produktu Leczniczego obowiązującej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu (art.24 ust.1 pkt.1).</p> <p>Planowane jest podanie 5 cykli dinutuksymabu beta, w dawce kumulacyjnej 100 mg/m<sup>2</sup>/cykl, podawane wg schematu jak w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>Ze względu na obserwowane działania niepożądane, w celu ich minimalizacji wskazane jest podawanie dinutuksymabu beta we wlewie ciągłym trwającym 10 dni.</p> <p>U pacjentów z chorobą pierwotnie oporną na leczenie i/lub progresją lub wznową choroby oraz u pacjentów, którzy nie uzyskali całkowitej remisji po leczeniu pierwszej linii, dinutuksymab beta należy rozważyć podawanie tego produktu w skojarzeniu z interleukiną-2 (IL-2), zgodnie z opisem w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>W przypadku wystąpienia ciężkich działań niepożądanych, po uzyskaniu zgody Zespołu</p>	<p><b>A. Leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego (NBL) wysokiego ryzyka u pacjentów z dobrą odpowiedzią na leczenie chemioterapią indukcyjną zgodnie z obowiązującym protokołem</b></p> <p><b>A.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej – w okresie maksymalnie 8 tygodni przed rozpoczęciem leczenia dinutuksymabem beta obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia:         <ol style="list-style-type: none"> <li>a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),</li> <li>b) ocena wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy</li> <li>c) ocenę układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu lub badanie PET),</li> <li>d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,</li> <li>e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej</li> </ol> </li> </ol>

<p>protokołem terapeutycznym u pacjentów, u których w kolejnym etapie leczenia przeprowadzono minimum jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych,</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>4) wiek <math>\geq 12</math> miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii,</li> <li>5) brak progresji choroby w jakimkolwiek etapie dotychczasowego leczenia,</li> <li>6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu),</li> <li>7) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia dinutuksymabem beta,</li> <li>8) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie,</li> <li>9) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV),</li> <li>10) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia.</li> </ol> <p>Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu.</p> <p><b>A.2. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozległa przewlekła albo ostra 3. lub 4. stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD),</li> <li>2) ciąża i karmienie piersią</li> <li>3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu,</li> <li>4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby przebiegające z drgawkami,</li> <li>5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia</li> </ol>	<p>Koordynującego, leczenie może być kontynuowane z zastosowaniem 50% dawki dinutuksymabu beta.</p> <p>Jeżeli wystąpienie działań niepożądanych przypisywane jest działaniu IL-2, leczenie można kontynuować z zastosowaniem monoterapii dinutuksymabem beta.</p> <p>Równoległe z zastosowaniem immunoterapii stosowane będzie leczenie kwasem 13-cis retinowym, zgodnie z obowiązującymi standardami leczenia NBL.</p>	<p>(LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu.</p> <p>2) ocena funkcji narządów:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa <math>\geq 30\%</math>) oraz EKG</li> <li>b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC <math>&gt;60\%</math>), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SATO<sub>2</sub>) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,</li> <li>c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC <math>&gt;500/\text{ul}</math>; stabilna liczba płytek <math>&gt;20.000/\text{ul}</math> oraz Hb <math>&gt;8.0 \text{ g/dl}</math>; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych,</li> <li>d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,</li> <li>e) funkcja nerek: oznaczenie stężenia kreatyniny, obliczenie eGFR</li> <li>f) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku,</li> <li>g) ocena słuchu</li> <li>h) badanie EEG</li> <li>i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV</li> <li>j) zdjęcie klatki piersiowej</li> </ol> <p><b>A.2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów, a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia:</li> <li>a) odpowiednia saturacja krwi (SpO<sub>2</sub>) mierzona pulsoksymetrem - <math>&gt;94\%</math> podczas oddychania powietrzem atmosferycznym; przy oddychaniu powietrzem,</li> </ol>
--	---	---

- 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC),
- 7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej.

### A.3. Określenie czasu leczenia według programu

Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu.

### A.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie

- 1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii:
  - a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwciał, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego,
  - b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,
  - c) zespół przesiekania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia, pomimo redukcji dawki leku,
  - d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby,
  - e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawicieli ustawowych na kontynuację leczenia,
  - f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii;
- 2) wskazania do przerwania cyklu immunoterapii, z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną):
  - a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC,

b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych  $\geq 500/\mu\text{l}$ , liczba płytek krwi  $\geq 20\ 000/\mu\text{l}$ , hemoglobina  $>8,0\ \text{g/dl}$ , niewykluczone jest podawanie preparatów krwiopodobnych

c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT)  $<5$  razy górna granica normy,

d) odpowiednia czynność nerek

2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (podanie interleukiny-2 definiowane jest jako 1. dzień cyklu; pierwszy dzień podania dinutuksymabu beta to 8. dzień cyklu); badania w pierwszym dniu cyklu obowiązkowe są wyłącznie w przypadku podawania IL2

a) morfologia krwi: 1, 8, 15 i 18 doba

b) badania biochemiczne: 1, 8, 15 i 18 doba

c) CRP: 1, 8, 15 i 18 doba

d) układ krzepnięcia: 1 i 8 doba

e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2

f) EKG w 8. i 18. dobie

g) przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego

3) Po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca:

a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych,

b) ocena cytologiczna szpiku kostnego,

c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH),

d) Ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie

- b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <125 mmol/l trwająca >48 godzin lub hiponatremia ciężka <120 mmol/l,
- c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli),
- d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2. stopnia WHO CTC,
- e) neuropatia obwodowa 3. stopnia,
- f) kardi toksyczność  $\geq 3$  stopnia WHO CTC,
- g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie,
- h) choroba posurowicza  $\geq 3$  stopnia WHO CTC,
- i) toksyczności skórne  $\geq 3$  stopnia WHO CTC,
- j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.

### **B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego**

Do programu kwalifikowani będą pacjenci niezależnie od stopnia osiągniętej remisji (dopuszczalna jest obecność stabilnych zmian nowotworowych).

#### **B.1. Kryteria kwalifikacji**

- 1) rozpoznanie nerwiaka zarodkowego współczulnego zgodnie z międzynarodowymi kryteriami *International Neuroblastoma Staging System (INSS)*
- 2) wiek  $\geq 12$  miesięcy w momencie rozpoczęcia immunoterapii
- 3) stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka nieadekwatnej odpowiedzi na wstępne leczenie indukcyjne, u których przeprowadzono kolejną linię chemioterapii indukcyjnej i zastosowano co najmniej jedną terapię mieloablacyjną w dowolnym etapie leczenia wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych lub

pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET.

### **B. Leczenie nawrotowego lub opornego na leczenie nerwiaka zarodkowego współczulnego**

#### **B.1. Badania przed kwalifikacją do immunoterapii**

- 1) Pełna ponowna ocena statusu choroby pomiędzy przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych a rozpoczęciem leczenia minimalnej choroby resztkowej, ale dokonana co najmniej 8 tygodni w przypadku scyntygrafii, a 6 tygodni dla innych badań przed planowanym rozpoczęciem leczenia - obowiązuje wykonanie wszystkich poniższych badań, niezależnie od wyników badań przed rozpoczęciem leczenia:
  - a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),
  - b) wszystkich innych miejsc, w których stwierdzona była obecność NBL w momencie diagnozy
  - c) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu lub PET),
  - d) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,
  - e) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiórce moczu,
- 2) ocena funkcji narządów:
  - a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa  $\geq 30\%$ ) oraz EKG
  - b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC >60%), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO<sub>2</sub>) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,

stwierdzenie u pacjentów z NBL wysokiego ryzyka progresji lub wznowy choroby, u których uzyskano co najmniej stabilizację choroby po kolejnej linii chemioterapii indukcyjnej i przeprowadzono co najmniej jedną terapię mieloablacyjną wspomaganą przeszczepieniem macierzystych komórek krwiotwórczych,

w przypadku braku możliwości przeprowadzenia terapii mieloablacyjnej, decyzja o możliwości włączenia pacjenta do programu lekowego podejmowana będzie przez Zespół Koordynujący

lub

stwierdzenie progresji lub wznowy u każdego pacjenta po leczeniu NBL w 4. stopniu zaawansowania,

lub

stwierdzenie uogólnionej wznowy choroby po leczeniu neuroblastoma niskiego lub pośredniego ryzyka,

- 4) założony cewnik dostępu do żyły centralnej, w miarę możliwości dwukanałowy lub zgoda na jego założenie,
- 5) brak progresji choroby w ocenie bezpośrednio przed rozpoczęciem leczenia immunoterapią,
- 6) prawidłowa funkcja narządów (zgodnie z wykazem badań niezbędnych przy kwalifikacji pacjentów do programu),
- 7) ujemne wyniki w kierunku zakażenia ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) i wirusami zapalenia wątroby typu B i C (HBV i HCV),
- 8) uzyskanie pisemnej zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na zastosowanie leczenia,
- 9) stosowanie skutecznych metod antykoncepcyjnych przez pacjentów w wieku rozrodczym; kobiety karmiące piersią przed rozpoczęciem leczenia muszą wyrazić zgodę na zaprzestanie karmienia.

Pacjent musi spełniać wszystkie powyższe kryteria włączenia do programu.

c) funkcja szpiku: prawidłowa – prawidłowa jest definiowana jako: ANC >500/uł; stabilna liczba płytek >20.000/uł oraz Hb >8,0 g/dl; w przypadku płytek i hemoglobiny nie jest wykluczone przetaczanie preparatów krwiopochodnych,

d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,

e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR,

f) ocena okulistyczna – badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku,

g) ocena słuchu,

h) badanie EEG,

i) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV,

j) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej.

## B.2. Monitorowanie leczenia

1) przed rozpoczęciem każdego cyklu immunoterapii należy dokonać oceny poniżej wymienionych parametrów; a w przypadku wartości nieprawidłowych należy przesunąć rozpoczęcie kolejnego cyklu do czasu uzyskania wartości kwalifikujących do leczenia:

a) odpowiednia saturacja krwi tlenem (SpO<sub>2</sub>) mierzona pulsoksymetrem ->94% podczas oddychania powietrzem atmosferycznym,

b) odpowiednia czynność szpiku kostnego: bezwzględna liczba granulocytów obojętnochłonnych ≥500/μł, liczba płytek krwi ≥20 000/μł, hemoglobina >8,0 g/dl,

c) odpowiednia czynność wątroby: aktywność aminotransferazy alaninowej (AlAT)/ aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) <5 razy górna granica normy,

d) odpowiednia czynność nerek;

2) badania obowiązkowe w trakcie cyklu immunoterapii (podanie interleukiny-2 definiowane jest jako 1. dzień cyklu; pierwszy



### **B.2. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) rozległa przewlekła albo ostra 3. lub 4. stopnia choroba przeszczep przeciwko gospodarzowi (cGvHD),
- 2) ciąża i karmienie piersią,
- 3) objawowa niewydolność krążenia lub niekontrolowane lekami zaburzenia rytmu,
- 4) choroby psychiatryczne lub niekontrolowane choroby, przebiegające z drgawkami,
- 5) ciężkie aktywne infekcje do momentu ich wyleczenia lub stabilizacji klinicznej w trakcie leczenia
- 6) klinicznie istotne deficyty neurologiczne lub potwierdzona neuropatia obwodowa (>2 stopnia WHO CTC),
- 7) klinicznie istotny, objawowy wysięk w opłucnej.

### **B.3. Określenie czasu leczenia według programu**

Planowane jest podanie 5 cykli immunoterapii średnio co 35 dni. Wcześniejsze przerwanie leczenia konieczne jest w przypadku wystąpienia wznowy lub progresji choroby podstawowej lub wystąpienia jednego z kryteriów wykluczenia z programu.

### **B.4. Kryteria wykluczenia z udziału w programie**

- 1) bezwzględne wskazania do przerwania immunoterapii:
  - a) neurotoksyczność: zaburzenia czucia w stopniu 3 WHO CTC uniemożliwiające wykonywanie codziennych czynności i utrzymujące się powyżej 2 tygodni od zakończenia wlewu przeciwciał, obiektywne osłabienie siły mięśniowej, zaburzenia widzenia w stopniu 3 WHO CTC (subtotalna utrata wzroku), objawy zapalenia rdzenia kręgowego,
  - b) hipotensja w 3 i 4 stopniu WHO CTC występująca po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku,
  - c) zespół przesiąkania kapilar (CLS) w 4 stopniu WHO CTC występujący po ponownym podaniu leczenia pomimo redukcji dawki leku,

dzień podania dinutuksymabu beta to 8. dzień cyklu); badania w pierwszym dniu cyklu obowiązkowe są wyłącznie w przypadku podawania IL2:

- a) morfologia krwi: 1, 8, 15 i 18 doba,
  - b) badania biochemiczne: 1, 8, 15 i 18 doba,
  - c) CRP: 1, 8, 15 i 18 doba,
  - d) układ krzepnięcia: 1 i 8 doba,
  - e) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej w 1. dobie w cyklach z interleukiną-2,
  - f) EKG w 8. i 18. dobie,
  - g) w przypadku wystąpienia poszerzenia źrenic z subiektywnym odczuciem pogorszenia wzroku, przed podaniem kolejnego cyklu obowiązuje wykonanie EEG oraz MRI ośrodkowego układu nerwowego,
- 3) po 2 cyklach dinutuksymabu beta obowiązuje ocena w kierunku wykluczenia progresji choroby obejmująca:
- a) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego i ewentualnych miejsc przerzutów możliwych do oceny w badaniach obrazowych,
  - b) ocena cytologiczna szpiku kostnego,
  - c) oznaczenie markerów nowotworowych (katecholaminy, NSE, LDH),
  - d) ocena układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntygrafia kości z użyciem technetu lub badania PET).

### **C. Badania po zakończeniu immunoterapii dla obu protokołów leczniczych**

- 1) badania obrazowe lokalizacji guza pierwotnego oraz okolic sąsiednich (tj. badania obrazowe głowy, klatki piersiowej oraz jamy brzusznej i miednicy),

<p>d) wystąpienie wznowy lub progresji choroby,</p> <p>e) brak zgody pacjenta i/lub przedstawiciela ustawowego na kontynuację leczenia,</p> <p>f) brak współpracy uniemożliwiający prowadzenie terapii.</p> <p>2) wskazania do przerwania cyklu immunoterapii z możliwością ponownego włączenia pacjenta do leczenia po uzyskaniu zgody Zespołu Koordynującego (konieczne: dostarczenie szczegółowego przebiegu wydarzeń i wgląd w dokumentację medyczną):</p> <p>a) hipotensja i/lub CLS w 3 i 4 stopniu WHO CTC,</p> <p>b) hiponatremia objawowa, hiponatremia <math>&lt;125</math> mmol/l trwająca <math>&gt;48</math> godzin lub hiponatremia ciężka <math>&lt;120</math> mmol/l,</p> <p>c) reakcja alergiczna w stopniu 4 WHO CTC (anafilaksja) lub 3 WHO CTC (skurcz oskrzeli),</p> <p>d) długotrwała obwodowa neuropatia ruchowa 2. stopnia WHO CTC,</p> <p>e) neuropatia obwodowa 3. stopnia,</p> <p>f) kardiotoxyczność <math>\geq 3</math> stopnia WHO CTC,</p> <p>g) ból neuropatyczny w stopniu 4 WHO CTC nie odpowiadający na leczenie,</p> <p>h) choroba posurowicza <math>\geq 3</math> stopnia WHO CTC,</p> <p>i) toksyczności skórne <math>\geq 3</math> stopnia WHO CTC,</p> <p>j) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą.</p>		<p>2) ocenę układu kostnego (scyntygrafia z użyciem MIBG, a w przypadku braku wychwytu tego znacznika w guzie pierwotnym we wstępnym badaniu, scyntyografię kości z użyciem technetu,</p> <p>3) badania szpiku kostnego: biopsja i trepanobiopsja,</p> <p>4) oznaczenie markerów: stężenie enolazy neurospecyficznej (NSE) oraz ferrytyny i aktywności dehydrogenazy mleczanowej (LDH) w surowicy krwi oraz stężeń katecholamin i ich metabolitów w dobowej zbiorce moczu,</p> <p>5) ocena funkcji narządów:</p> <p>a) funkcja serca: echo serca (frakcja skurczowa <math>\geq 30\%</math>) oraz EKG</p> <p>b) funkcja płuc: spirometria (FEV1 i FVC <math>&gt;60\%</math>), w przypadku braku możliwości wykonania spirometrii: pacjent nie może mieć cech duszności, saturacja krwi tlenem (SpO<sub>2</sub>) mierzona pulsoksymetrem przy oddychaniu powietrzem atmosferycznym musi wynosić minimum 94%,</p> <p>c) funkcja szpiku kostnego: morfologia krwi obwodowej,</p> <p>d) funkcja wątroby: oznaczenie aktywności ALT oraz AST i stężenia bilirubiny,</p> <p>e) funkcja nerek – oznaczenie stężenia kreatyniny obliczenie eGFR,</p> <p>6) ocena okulistyczna: badanie dna oka, a u dzieci współpracujących również badanie ostrości wzroku,</p> <p>7) ocena słuchu,</p> <p>8) badanie EEG,</p> <p>9) badania w kierunku zakażeń wirusowych: anty-HBV, anty-HCV, HIV,</p> <p>10) zdjęcie radiologiczne klatki piersiowej (u dzieci, które nie miały wykonanej tomografii klatki piersiowej),</p> <p>11) ocena hormonów tarczycy,</p> <p>12) badanie układu immunologicznego (ocena stężenia immunoglobulin, ocena odporności komórkowej).</p> <p><b>D. Monitorowanie programu:</b></p>
--	--	---

		<ol style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta, w tym danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym”;</li><li>2) uzupełnianie przez lekarza prowadzącego danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li><li>4) Zgłaszanie działań niepożądanych do Urzędu Rejestracji Leków i Produktów Leczniczych</li><li>5) zgłaszanie ciężkich działań niepożądanych (stopień 3 i 4 WHO CTC) do Zespołu Koordynującego ds. „Leczenia dinutuksymabem beta Pacjentów z Nerwiakiem Zarodkowym Współczulnym”.</li></ol>
--	--	--

## LECZENIE CIĘŻKIEGO NIEDOBORU HORMONU WZROSTU U PACJENTÓW DOROSŁYCH ORAZ U MŁODZIEŻY PO ZAKOŃCZENIU TERAPII PROMUJĄCEJ WZRASTANIE (ICD-10 E23.0)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Do programu kwalifikuje Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu u Pacjentów Dorosłych oraz u Młodzieży po Zakończeniu Terapii Promującej Wzrastanie powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>A. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) objawy niedoboru hormonu wzrostu (GH);</li> <li>2) stężenie IGF-I poniżej zakresu wartości prawidłowych lub w dolnym przedziale zakresu referencyjnego;</li> <li>3) potwierdzenie ciężkiego niedoboru GH (GHD) na podstawie:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) u osób dorosłych nieleczonych w dzieciństwie z powodu GHD (adult onset GHD – AO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD lub w jednym teście stymulacyjnym w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny);</li> <li>b) u młodzieży i osób dorosłych leczonych wcześniej z powodu GHD (childhood onset GHD – CO-GHD) – obniżone wydzielanie GH (poniżej 3 ng/ml) w dwóch różnych testach</li> </ol> </li> </ol>	<p><b>A. Dawkowanie</b></p> <p>Somatotropina podawana codziennie wieczorem w postaci iniekcji podskórnych w dawce 0,1-0,8 mg.</p>	<p><b>A. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena wzrostu, masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji;</li> <li>2) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;</li> <li>3) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>4) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca);</li> <li>5) ocena stężenia IGF-I;</li> <li>6) ocena gospodarki węglowodanowej: oznaczenie stężenia glukozy na czczo i odsetka hemoglobiny glikowanej (HbA<sub>1c</sub>) lub test doustnego obciążenia glukozą - z oceną glikemii i insulinemii;</li> <li>7) ocena gospodarki lipidowej: ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;</li> <li>8) oznaczenie stężenia TSH i FT4;</li> <li>9) ocena jakości życia poprzez użycie odpowiedniego kwestionariusza quality of life (QoL) [Endokrynol. Pol. 2008;59(5):374-384];</li> <li>10) pomiar stężenia kortyzolu w godzinach porannych;</li> <li>11) jeden lub dwa testy stymulujące sekrecję GH, zgodnie z Kryteriami Kwalifikacji do Programu; podstawowym testem</li> </ol>

stymulacyjnych w przypadku izolowanej GHD, lub w jednym teście w przypadku wielohormonalnej niedoczynności przysadki (testy muszą być wykonane po wcześniejszym właściwym wyrównaniu co najmniej niedoboru kortyzolu i L-tyroksyny);

c) w przypadku występowania wielohormonalnej niedoczynności przysadki w zakresie wszystkich osi (z wyjątkiem prolaktyny) i potwierdzeniem przyczyny organicznej lub genetycznej tego stanu, możliwe jest odstępianie od wykonania testów stymulacyjnych i kwalifikacja do leczenia rhGH po potwierdzeniu obniżonego stężenia IGF-I;

4) brak przeciwwskazań do terapii GH stwierdzonych na podstawie wyników badań ogólnych lub obrazowych (w szczególności MRI okolicy podwzgórzowo-przysadkowej lub TK z kontrastem) w celu wykluczenia czynnego procesu nowotworowego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

#### **B. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego lub Zespół Koordynacyjny ds. Stosowania Hormonu Wzrostu decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.

#### **C. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) ujawnienie lub wznowa czynnego procesu nowotworowego;
- 2) ciężkie stany zagrażające życiu;
- 3) cukrzyca nie dająca się wyrównać w warunkach leczenia rhGH;
- 4) utrzymujące się podwyższone stężenie IGF-I, pomimo zmniejszenia dawki leku do minimalnej (0,1 mg/dziennie);

powinien być test stymulacyjny z zastosowaniem insuliny podanej dożylnie, w przypadku przeciwwskazań do w/w testu lub konieczności wykonania dwóch testów należy wykonać test z glukagonem, L-DOPA lub z arginina;

12) obrazowanie okolicy podwzgórzowo-przysadkowej (MRI lub TK z kontrastem);

13) USG jamy brzusznej;

14) EKG, ewentualnie USG serca;

15) badanie dna oka;

16) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.

#### **B. Monitorowanie leczenia**

1) po 30 dniach od rozpoczęcia terapii:

a) pomiar stężenia IGF-I w celu ustalenia dawki optymalnej.

2) co 180 dni:

a) ocena masy ciała i obwodu talii (wskaźnik BMI i WHR), zalecane: ocena składu ciała metodą bioimpedancji;

b) pomiar ciśnienia tętniczego krwi;

c) jonogram surowicy krwi (co najmniej stężenie Na, K i Ca);

d) określenie odsetka HbA<sub>1c</sub>;

e) ocena stężenia IGF-I;

f) oznaczenie stężenia TSH i FT<sub>4</sub>;

g) ocena stężenia triglicerydów, całkowitego cholesterolu, frakcji HDL cholesterolu i LDL cholesterolu;

h) ocena QoL;

i) inne badania i konsultacje w zależności od potrzeb.

- 5) wystąpienie nowych lub brak poprawy istniejących zaburzeń metabolicznych i pogorszenie jakości życia (ocena po 12 i 24 miesiącach);
- 6) brak zgody świadczeniobiorcy na kontynuację leczenia lub brak współpracy świadczeniobiorcy.

#### **C. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**LECZENIE MUKOWISCYDOZY (ICD-10 E84)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do leczenia kwalifikowani są chorzy, spełniający łącznie wszystkie poniższe kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) potwierdzone rozpoznanie mukowiscydozy;</li> <li>2) potwierdzone wystąpienie jednej z poniżej wymienionych mutacji, w przynajmniej 1 allelu genu CFTR: mutacja bramkująca genu CFTR (klasy III): G551D, G1244E, G1349D, G178R, G551S, S1251N, S1255P, S549N lub S549R u chorych w wieku 12 miesięcy i starszych;</li> <li>3) regularna opieka ośrodka specjalizującego się w opiece nad chorymi na mukowiscydozę (minimum 3 udokumentowane konsultacje lekarskie w ciągu ostatnich 12 miesięcy);</li> <li>4) pozytywna opinia minimum 2 lekarzy, w tym jednego z co najmniej 10-letnim doświadczeniem klinicznym w pracy z chorymi na mukowiscydozę.</li> </ol> <p><b>2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nadwrażliwość na iwakaftor lub jakąkolwiek substancję pomocniczą zawartą w leku;</li> <li>2) stan po przeszczepieniu narządu;</li> <li>3) ciąża, planowanie ciąży, karmienie piersią;</li> </ol>	<p><b>Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie leku zgodnie z aktualnie obowiązującą Charakterystyką Produktu Leczniczego Kalydeco na dzień wydania decyzji refundacyjnej.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>W okresie do 3 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) test potowy;</li> <li>2) badanie spirometryczne (u chorych, u których rozwój psychofizyczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu);</li> <li>3) aminotransferaza alaninowa;</li> <li>4) aminotransferaza asparaginowa;</li> <li>5) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła;</li> <li>6) konsultacja okulistyczna.</li> </ol> <p>W okresie do 12 miesięcy przed rozpoczęciem leczenia</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) RTG klatki piersiowej.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) test potowy po 6 i 12 miesiącach po rozpoczęciu leczenia, a następnie raz w roku;</li> <li>2) badanie spirometryczne (u chorych u których rozwój psychofizyczny gwarantuje prawidłowe przeprowadzenie testu) po 6 i 12 miesiącach po rozpoczęcia leczenia, a następnie raz w roku;</li> <li>3) badanie mikrobiologiczne płwociny lub wymazu z gardła po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie raz w roku;</li> </ol>

- 4) aktywność aminotransferazy alaninowej lub asparaginowej 5-krotnie większa od górnej granicy normy;
- 5) dziedziczna nietolerancja galaktozy, niedobór laktazy (typu Lapp) lub z zespół złego wchłaniania glukozy-galaktozy;
- 6) konieczność stosowania silnych induktorów izoenzymu CYP3A takich jak: ryfampicyna, ryfabutyna, fenobarbital, karbamazepina, fenytoina i ziele dziurawca;
- 7) brak zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych.

### 3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego, doświadczonego w leczeniu chorych z mukowiscydozą, decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.

### 4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) wystąpienie objawów nadwrażliwości na iwakaftor lub którykolwiek ze składników preparatu;
- 2) przeszczepienie narządu;
- 3) aktywność aminotransferazy alaninowej lub asparaginowej 5-krotnie większa od górnej granicy normy (po ustabilizowaniu aktywności tych enzymów na poziomie poniżej 5-krotności górnej granicy normy, można rozważyć powrót do leczenia, bez ponownej kwalifikacji chorego);
- 4) konieczność stosowania silnych induktorów izoenzymu CYP3A, takich jak : ryfampicyna, ryfabutyna, fenobarbital, karbamazepina, fenytoina i ziele dziurawca;
- 5) ciężkie zaburzenia funkcjonowania wątroby (klasa C w skali Childa-Pugha);

- 4) aktywność aminotransferazy alaninowej i asparaginowej po 3, 6, i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia, a następnie raz w roku;
- 5) konsultacja okulistyczna raz w roku.

### 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);
- 2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) zgodnie z opisem programu i wymogami NFZ;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.



- |   |  |  |
|---|--|--|
| <p>6) ciąża, planowanie ciąży, karmienie piersią (wyłączenie czasowe, na okres trwania ciąży, planowania ciąży i karmienia piersią);</p> <p>7) wycofanie zgody na monitorowanie efektów klinicznych leczenia na podstawie danych zebranych przez świadczeniodawcę lub płatnika w systemach informatycznych.</p> |  |  |
|---|--|--|

**LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBYMI NEREK (ICD-10 N18)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikują się pacjenci spełniający wszystkie niżej wymienione kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przewlekła choroba nerek z następstwami nieprawidłowego lub niewystarczającego metabolizmu białek w stadium 4 lub 5 wg klasyfikacji KDIGO;</li> <li>2) przeciwwskazania lub brak wskazań do leczenia nerkozastępczego;</li> <li>3) brak cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = A lub B (ang. <i>Subjective Global Assessment</i>); albo stężenie albuminy co najmniej 3,5 g/dl oraz limfocytemia &gt;1500/mm<sup>3</sup>;</li> <li>4) BMI w granicach normy;</li> <li>5) redukcja eGFR &lt;2 ml/min w ciągu ostatnich 6 miesięcy przed kwalifikacją;</li> <li>6) proteinuria &lt;1 g/g kreatyniny w moczu;</li> <li>7) przestrzeganie ubogobiałkowej diety przez ≥3 miesiące przed rozpoczęciem terapii – spożycie białka nie wyższe niż 0,8 g/kg m.c./dobę – udokumentowane za pomocą PNA/wydalania mocznika lub BUN;</li> <li>8) deklaracja przestrzegania wymaganej diety pod indywidualnym nadzorem dietetyka;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka leku Ketosteril® wynosi 4 do 8 tabletek trzy razy na dobę w czasie posiłków.</p> <p>Ponadto od momentu włączenia do programu lekowego chory powinien stosować dietę, w której spożycie białka wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości, jednak nie większe niż do poziomu powyżej 0,6 g/kg m.c./dobę.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN);</li> <li>2) oznaczenie eGFR z zastosowaniem wzoru MDRD;</li> <li>3) ocena stopnia odżywienia według skali SGA;</li> <li>4) badanie krwi z oceną stężenia: białka C-reaktywnego, albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, kreatyniny, mocznika, kwasu moczowego, wodorowęglanów i glukozy oraz ocena aktywności fosfatazy zasadowej oraz liczby limfocytów/mm<sup>3</sup>;</li> <li>5) badanie ogólne moczu i ocena stężenia wydalania białka i fosforu;</li> <li>6) ocena BMI.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania wykonywane co 30 dni: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) oznaczenie dziennego spożycia białka (PNA/wydalanie mocznika/BUN);</li> <li>b) ocena stopnia odżywienia według skali SGA;</li> </ol> </li> </ol>

9) wiek  $\geq 18$  lat.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.

## 3. Kryteria uniemożliwiające kwalifikację do programu:

Do programu nie mogą być zakwalifikowani pacjenci w przypadku spełnienia co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:

- 1) zakwalifikowanie do leczenia nerkozastępczego;
- 2) chorzy w trakcie leczenia nerkozastępczego;
- 3) brak współpracy pacjenta w zakresie dotychczasowej terapii i kontroli;
- 4) udokumentowane zaburzenia metabolizmu aminokwasów;
- 5) hiperkalcemia;
- 6) źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze;
- 7) istotne choroby towarzyszące (cukrzyca, aktywna choroba wątroby, zespół złego wchłaniania, choroby zapalne jelit);
- 8) anoreksja;
- 9) zła tolerancja leczenia lub wcześniejsza nie tolerancja leczenia;
- 10) występowanie cech niedożywienia – ocena stopnia odżywienia według skali SGA = C (ang. *Subjective Global Assessment*).

## 4. Kryteria wyłączenia z programu

Leczenie w ramach programu zostaje zakończone w przypadku wystąpienia co najmniej jednego z poniższych kryteriów:

c) badanie krwi z oceną stężenia: albuminy, wapnia, potasu, fosforanów, limfocytów, mocznika, kwasu moczowego i glukozy;

d) badanie wydalania w moczu białka i fosforu (dopuszczalne B/Cr i P/Cr);

2) badania wykonywane co 90 dni:

- a) stężenie kreatyniny i wodorowęglanów w surowicy;
- b) ocena aktywności fosfatazy zasadowej;
- c) oznaczenie GFR z zastosowaniem wzoru MDRD;
- d) ocena BMI.

3) konsultacje wykonywane co 30 dni:

- a) konsultacja nefrologiczna;
- b) w ramach indywidualnego nadzoru nad dietą pacjenta konsultacja z dietetykiem odnośnie właściwego stosowania przez pacjenta wymaganej diety;

4) po roku leczenia ketoanalogami aminokwasów wykonuje się ocenę hamowania progresji choroby na podstawie spadku eGFR.

## 3. Monitorowanie programu

1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

<ol style="list-style-type: none"><li>1) spełnienie co najmniej jednego z kryteriów uniemożliwiających kwalifikację do programu;</li><li>2) wystąpienie objawów nadwrażliwości na substancje czynne lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>3) poprawa w zakresie stadium zaawansowania choroby do stadium 3, 2 lub 1 wg klasyfikacji KDIGO;</li><li>4) brak współpracy pacjenta w zakresie przestrzegania bardzo ubogobiałkowej diety, w której docelowe spożycie białka wynosi 0,4 g/kg m.c./dobę, przy czym dopuszczalne są odchylenia od tej wartości, jednak nie większe niż do poziomu powyżej 0,6 g/kg m.c./dobę.</li></ol>		<ol style="list-style-type: none"><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ol>
--	--	--

**LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ BIAŁACZKĘ SZPIKOWĄ (ICD-10 C 92.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) noworozpoznana ostra białaczka szpikowa (ang. <i>acute myeloid leukaemia</i> – AML) z udokumentowaną obecnością mutacji genu <i>FLT3</i> (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]);</li> <li>2) pacjenci <math>\geq 18</math> r.ż., kwalifikujący się do intensywnej chemioterapii indukującej;</li> <li>3) brak przeciwwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego.</li> </ol> <p>Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Kryteria wykluczające udział w programie</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ostra białaczka promielocytowa;</li> <li>2) ciężka niewydolność wątroby;</li> <li>3) ciężka niewydolność serca;</li> <li>4) czynne, ciężkie zakażenie;</li> <li>5) ciąża lub karmienie piersią;</li> <li>6) nadwrażliwość na midostaurynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka midostauryny wynosi 50 mg doustnie dwa razy na dobę.</p> <p>Midostaurynę podaje się od 8. do 21. dnia 28-dniowych cykli:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) chemioterapii indukującej daunorubicyną i cytarabiną;</li> <li>2) chemioterapii konsolidującej wysokodawkową cytarabiną;</li> </ol> <p>Dawkowanie, w tym jego modyfikacje, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) ocena stanu ogólnego (ECOG/WHO);</li> <li>2) ocena chorób współistniejących (HCT-CI);</li> <li>3) badania laboratoryjne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>b) biochemia: mocznik, kreatynina, kwas moczowy, Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup>, glukoza, bilirubina, AST, ALT,;</li> <li>c) koagulogram: APTT, PT, fibrynogen;</li> <li>d) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</li> </ol> </li> <li>4) badanie na obecność mutacji <i>FLT3</i> (wewnątrzrandemowej duplikacji [ITD] lub mutacji w obrębie domeny kinazy tyrozynowej [TKD]).</li> <li>5) EKG</li> <li>6) ECHO serca (do decyzji lekarza);</li> <li>7) RTG klatki piersiowej (do decyzji lekarza);</li> <li>8) punkcja łędźwiowa (tylko u chorych z podejrzeniem zajęcia OUN).</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) biopsja aspiracyjna szpiku wraz z oceną odpowiedzi na leczenie po pierwszym (oraz drugim jeżeli był podany) cyklu</li> </ol>

### 3. Kryteria zakończenia udziału w programie

- 1) ciąża lub karmienie piersią;
- 2) brak skuteczności terapii – brak uzyskania całkowitej remisji choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet: po maksymalnie dwóch cyklach leczenia indukującego;
- 3) przeprowadzenie zabiegu przeszczepienia szpiku u danego świadczeniobiorcy;
- 4) wznowa choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet w trakcie stosowania terapii podtrzymującej;
- 5) pojawienie się objawów toksyczności lub nadwrażliwości na terapię, które wymagają całkowitego jej zaprzestania i nie pozwalają na modyfikację dawki / czasowe wstrzymanie terapii (w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego);
- 6) rezygnacja pacjenta.

### 4. Określenie czasu leczenia midostauryną w programie

- 1) leczenie indukujące – maksymalnie dwa cykle 28-dniowe (jeżeli pierwszy cykl indukujący nie pozwolił uzyskać całkowitej remisji zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet, możliwe jest podanie drugiego cyklu indukującego),
- 2) gdy osiągnięta zostanie całkowita remisja choroby zgodnie z wytycznymi ekspertów European LeukemiaNet po jednym lub dwóch cyklach indukujących, kontynuacja leczenia w postaci leczenia konsolidującego – do 4 cykli leczenia po 28 dni każdy;

U pacjentów będących biorcami przeszczepu krwiotwórczych komórek macierzystych (ang. *stem cell transplant* - SCT) leczenie midostauryną należy przerwać 48 godzin przed rozpoczęciem leczenia kondycjonującego poprzedzającego SCT.

indukującym;

- 2) Co najmniej dwa razy w tygodniu w trakcie terapii indukującej oraz raz na tydzień w trakcie terapii konsolidującej a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi:
  - a) morfologia krwi z rozmazem;
- 3) Raz w tygodniu w trakcie terapii indukującej i konsolidującej, a także przed każdym cyklem konsolidującym lub zgodnie ze wskazaniami medycznymi:
  - a) elektrolity: Na<sup>+</sup>, K<sup>+</sup>, Ca<sup>++</sup>;
  - b) biochemia: AST, ALT,; kreatynina, , glukoza, bilirubina;
  - c) koagulogram: APTT, PT
- 4) Badanie EKG przed rozpoczęciem każdego cyklu lub częściej, jeżeli wymaga tego stan kliniczny pacjenta.

### 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnianie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

## LECZENIE AGRESYWNEJ MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ, MASTOCYTOZY UKŁADOWEJ Z WSPÓLISTNIEJĄCYM NOWOTWOREM UKŁADU KRWIOTWÓRCZEGO ORAZ BIAŁACZKI MASTOCYTARNEJ (ICD-10: C96.2, C94.3, D47.9)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) rozpoznana agresywna mastocytoza układowa (ang. <i>aggressive systemic mastocytosis</i> – ASM), mastocytoza układowa z współistniejącym nowotworem układu krwiotwórczego (ang. <i>systemic mastocytosis with associated hematological neoplasm</i> – SM-AHN) lub białaczka mastocytarna (ang. <i>Mast cell leukemia</i> – MCL);</p> <p>2) obecność jednego lub więcej objawów wynikających z nacieku komórkami tucznyymi:</p> <p>a) neutropenia <math>&lt;1 \times 10^9/L</math> i/lub niedokrwistość <math>&lt;10</math> g/dL i/lub małopłytkowość <math>&lt;100 \times 10^9/L</math>;</p> <p>b) powiększona wątroba z wodobrzuszem i/lub zwiększonym stężeniem transaminaz i/lub nadciśnieniem wrotnym;</p> <p>c) splenomegalia z hipersplenizmem;</p> <p>d) zaburzenia wchłaniania z hypoalbuminemią i utratą wagi ciała;</p> <p>e) nasilona osteoliza i/lub osteoporoza i/lub patologiczne złamania kości;</p> <p>3) wiek <math>\geq 18</math> lat;</p> <p>4) stan ogólny ECOG 0-2;</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka midostauryny wynosi 100 mg doustnie dwa razy na dobę.</p> <p>Midostaurynę podaje się w 28-dniowych cyklach.</p> <p>Dawkowanie, w tym jego modyfikacje, zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) ocena stanu ogólnego (ECOG);</p> <p>2) badania laboratoryjne:</p> <p>a) morfologia krwi z rozmazem;</p> <p>b) biochemia: kreatynina, kwas moczowy, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina;</p> <p>c) APTT, PT, fibrynogen;</p> <p>d) test ciążowy (u kobiet w wieku rozrodczym);</p> <p>3) EKG (ECHO serca w przypadku wywiadu kardiologicznego i/lub zmian w EKG);</p> <p>4) trepanobiopsja szpiku z barwieniem na tryptazę;</p> <p>5) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem immunofenotypowym w kierunku obecności klonalnych komórek tucznych (CD2, CD25, CD117);</p> <p>6) badanie molekularne w kierunku obecności transkryptu (obecność mutacji D816V) w genie KIT;</p> <p>7) ocena stężenia tryptazy w surowicy.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) Przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu w pierwszym</p>

- 5) brak przeciwwskazań wynikających z Charakterystyki Produktu Leczniczego;

Powyższe kryteria muszą być spełnione łącznie.

Do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni midostauryną w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.

## 2. Kryteria wykluczające udział w programie

- 1) ciężka niewydolność wątroby;
- 2) objawowa zastoinowa niewydolność serca;
- 3) czynne, ciężkie zakażenie;
- 4) ciąża lub karmienie piersią;
- 5) nadwrażliwość na midostaurynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą.

## 3. Kryteria zakończenia udziału w programie

- 1) ciąża lub karmienie piersią;
- 2) brak skuteczności terapii – brak uzyskania przynajmniej częściowej odpowiedzi na leczenie po 3 cyklach terapii wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta;
- 3) progresja choroby w trakcie leczenia wg zmodyfikowanych kryteriów Valenta;
- 4) pojawienie się objawów toksyczności lub nadwrażliwości na terapię, które wymagają całkowitego jej zaprzestania i nie pozwalają na modyfikację dawki / czasowe wstrzymanie terapii (w oparciu o Charakterystykę Produktu Leczniczego);
- 5) rezygnacja pacjenta.

roku trwania terapii, następnie co 3 cykle w latach kolejnych:

- a) morfologia krwi z rozmazem;
- b) biochemia: kreatynina, sód, potas, wapń, glukoza, bilirubina, AST, ALT, FA, albumina;
- c) APTT, PT;
- d) badanie EKG – w uzasadnionych przypadkach.

2) W przypadku MCL, po pierwszym cyklu leczenia:

- a) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku +/- ocena immunofenotypowa, a następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 miesięcy;
- b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, następnie co miesiąc przez pierwsze 6 miesięcy, a następnie co 3 miesiące.

3) W przypadku ASM i SM-AHN, po trzecim cyklu leczenia:

- a) ocena szpiku za pomocą trepanobiopsji lub biopsji aspiracyjnej szpiku +/- ocena immunofenotypowa, następnie w zależności od potrzeb klinicznych, jednak nie rzadziej niż co 12 miesięcy;
- b) ocena stężenia tryptazy w surowicy, a następnie co 3 miesiące.

## 3. Monitorowanie programu

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na



<p><b>4. Określenie czasu leczenia midostauryną w programie</b></p> <p>Terapię należy kontynuować w cyklach 28-dniowych tak długo, jak długo obserwuje się korzyści kliniczne leczenia i/lub nie zachodzą kryteria z pkt. 3.</p>		<p>zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	--

**LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA SZYJKI MACICY (ICD-10 C 53)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Leczenie raka szyjki macicy przy wykorzystaniu substancji czynnej bewacyzumab</b></p> <p><b>1.1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologicznie potwierdzone rozpoznanie raka szyjki macicy;</li> <li>2) przetrwały, nawrotowy lub pierwotnie przerzutowy (stadium IVB) rak szyjki macicy u pacjentek niekwalifikujących się do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii;</li> <li>3) niestosowanie wcześniejszej chemioterapii w stadium nawrotu, rozsiewu lub przetrwałego nowotworu z wyjątkiem chemioterapii cisplatyną stosowanej w skojarzeniu z radioterapią podczas leczenia radykalnego</li> <li>4) czas od zastosowania chemioradioterapii nie krótszy niż 6 tygodni. Czas od zastosowania radioterapii nie krótszy niż 3 tygodnie;</li> <li>5) stan sprawności 0-1 według klasyfikacji Zubroda-WHO;</li> <li>6) wiek powyżej 18 roku życia;</li> <li>7) wykluczenie ciąży i okresu karmienia piersią;</li> <li>8) wyniki badania morfologii krwi z rozmazem: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) liczba płytek krwi większa lub równa <math>1 \times 10^5/\text{mm}^3</math>,</li> <li>b) bezwzględna liczba neutrofilów większa lub równa <math>1500/\text{mm}^3</math>,</li> <li>c) stężenie hemoglobiny większe lub równe 9 g/dl;</li> </ol> </li> <li>9) wskaźniki koagulacyjne:</li> </ol>	<p><b>1. Bewacyzumab</b> – 15 mg/kg masy ciała dożylnie we wlewie trwającym 30-90 minut – dzień 1</p> <p>Rytm co 3 tygodnie</p> <p>Całkowity czas aktywnej terapii bewacyzumabem trwa:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) do czasu wystąpienia progresji choroby</li> <li>albo</li> <li>b) do wystąpienia niepożądanych działań o istotnym znaczeniu klinicznym;</li> </ol> <p>Bewacyzumab podaje się w skojarzeniu z chemioterapią (rozliczaną z NFZ z katalogu chemioterapii) prowadzoną w następujący sposób:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>paklitaksel</b> 135 mg/m<sup>2</sup> (wlew 24-godzinny) – dzień 1</li> <li>– <b>cisplatyna 50 mg/m<sup>2</sup></b> – dzień 2</li> <li>lub</li> <li>– <b>paklitaksel</b> 175 mg/m<sup>2</sup> (wlew 3-godzinny) – dzień 1</li> <li>– <b>cisplatyna 50 mg/m<sup>2</sup></b> – dzień 1</li> </ul> <p>Rytm: co 3 tygodnie</p>	<p><b>1. Leczenie raka szyjki macicy przy wykorzystaniu substancji czynnej bewacyzumab</b></p> <p><b>1.1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie raka szyjki macicy;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie w surowicy stężenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) mocznika,</li> <li>b) kreatyniny (eGFR),</li> <li>c) bilirubiny;</li> </ol> </li> <li>4) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),</li> <li>5) oznaczenie czasu kaolinowekefalinowego (APTT);</li> <li>6) oznaczenie INR lub czasu protrombinowego (PT);</li> <li>7) badanie ogólne moczu; po RTH białkomocz, kwinkomocz i leukocyturia</li> <li>8) jeżeli zachodzi konieczność wykluczenia ciąży wykonuje się próbę ciążową;</li> <li>9) badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy oraz innych okolic ciała w zależności od wskazań klinicznych;</li> </ol>

<p>a) czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT) w zakresie wartości prawidłowych,</p> <p>b) czas protrombinowy (PT) lub międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) w zakresie wartości prawidłowych</p> <p>10) wskaźniki czynności wątroby i nerek:</p> <p>a) stężenie całkowitej bilirubiny nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta),</p> <p>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczająca 5-krotnie górnej granicy normy,</p> <p>c) stężenie kreatyniny w surowicy stężenie kreatyniny poniżej 1,5xGGN lub klirens kreatyniny powyżej 30 ml/min</p> <p>11) wykluczenie przeciwwskazań do zastosowania bewacyzumabu, którymi są:</p> <p>a) zabieg operacyjny przebyty w ciągu mniej niż 4 tygodni od momentu kwalifikacji do leczenia,</p> <p>b) czynna choroba wrzodowa żołądka lub dwunastnicy,</p> <p>c) niestabilne nadciśnienie tętnicze,</p> <p>d) niestabilna choroba niedokrwienna serca,</p> <p>e) naczyniowe choroby ośrodkowego układu nerwowego w wywiadzie,</p> <p>f) wrodzona skaza krwotoczna lub nabyta koagulopatia,</p> <p>g) stany chorobowe przebiegające ze zwiększonym ryzykiem krwawień,</p> <p>h) stosowanie leków przeciwkrzepliwych lub antyagregacyjnych (z wyłączeniem stosowania w dawkach profilaktycznych)</p> <p>i) niegojące się rany,</p> <p>j) białkomocz poniżej 2+ w teście paskowym lub stężenie białka w moczu poniżej</p>	<p>W przypadku pacjentek, które nie mogą być leczone związkami platyny dopuszcza się skojarzenie bewacyzumabu z następującym schematem chemioterapii:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>topotekan</b> 0,75 mg/m<sup>2</sup>, w dniach 1.-3.,</li> <li>– <b>paklitaksel</b> 175 mg/m<sup>2</sup>, dnia 1.</li> </ul> <p>Rytm: co 3 tygodnie</p> <p>Modyfikacje dawkowania oraz rytmu podawania leków zgodnie z zapisami odpowiednich Charakterystyk Produktów Leczniczych aktualnych na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją w ramach tego programu.</p> <p>W przypadku konieczności zakończenia jednego lub dwóch leków ze schematu z powodu specyficznych toksyczności, można kontynuować terapię pozostałymi lekami (lub lekiem) ze schematu.</p>	<p>10) badanie tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego mózgu w przypadku wskazań klinicznych w celu obrazowania przerzutów do OUN;</p> <p>11) badanie RTG klatki piersiowej – jeżeli nie jest wykonywana tomografia komputerowa tej okolicy;</p> <p>12) elektrokardiogram (EKG);</p> <p>13) pomiar ciśnienia tętniczego;</p> <p>14) inne badania w razie wskazań klinicznych.</p> <p>Badanie tomografii komputerowej jamy brzusznej i miednicy należy wykonać w czasie do 4 tygodni przed włączeniem do programu.</p> <p>Celem wstępnych badań obrazowych jest umożliwienie późniejszego monitorowania progresji choroby.</p> <p><b>1.2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia bewacyzumabem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie stężenia w surowicy:       <ol style="list-style-type: none"> <li>a) kreatyniny ,</li> <li>b) bilirubiny ;</li> <li>c) APTT i PT lub INR;</li> </ol> </li> <li>3) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT),</li> <li>4) badanie ogólne moczu;</li> <li>5) pomiar ciśnienia tętniczego;</li> <li>6) inne badanie w razie wskazań klinicznych.</li> </ol>
--	---	--

k) nadwrażliwość na lek lub którąkolwiek z substancji pomocniczych.

l) obecność obustronnego zwężenia moczowodów jeżeli nie zostało ono leczone przezskórnym lub cewnikiem moczowodowym,

12) wykluczenie współwystępowania innych nowotworów złośliwych leczonych z założeniem paliatywnym (niezależnie od uzyskanej odpowiedzi) oraz nieuzyskanie całkowitej odpowiedzi w przypadku nowotworów leczonych z założeniem radykalnym;

13) ustąpienie lub zmniejszenie do 1. stopnia nasilenia niepożądanych działań związanych z wcześniejszym leczeniem

Powyższe kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni bewacyzumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do niniejszego programu lekowego

### **1.2. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie powinno być prowadzone do czasu wystąpienia progresji choroby lub wystąpienia niepożądanych działań o istotnym znaczeniu klinicznym w ocenie lekarza, które nie ustępują po zastosowaniu przerwy w leczeniu oraz redukcji dawki leku.

### **1.3. Kryteria wyłączenia z programu**

1) Wystąpienie progresji choroby potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym ocenionej według kryteriów skali RECIST według obecnie obowiązującej wersji

Ww. badania w ramach monitorowania bezpieczeństwa leczenia wykonuje się przed rozpoczęciem każdego kolejnego cyklu terapii.

### **1.3. Monitorowanie skuteczności leczenia bewacyzumabem:**

- 1) badanie tomografii komputerowej odpowiednich obszarów ciała w zależności od wskazań klinicznych;
- 2) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Ad. 1) Badania tomografii komputerowej wykonuje się:

- a) w trakcie leczenia bewacyzumabem w zależności od wskazań klinicznych, ale nie rzadziej niż co 16 tygodni zawsze w przypadku wskazań klinicznych.
- b) w chwili wyłączenia z programu, o ile nastąpiło z innych przyczyn niż udokumentowana progresja choroby;

Oceny skuteczności leczenia dokonuje się zgodnie z kryteriami RECIST według obecnie obowiązującej wersji.

### **2. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);

<p>a) zwiększenie się sumy największych wymiarów zmian docelowych o <math>\geq 20\%</math> i o co najmniej 5 mm w porównaniu z najmniejszą odnotowaną sumą wymiarów zmian lub</p> <p>b) pojawienie się co najmniej jednej nowej zmiany;</p> <p>2) Pogorszenie (istotne klinicznie) stanu pacjenta w związku z nowotworem bez progresji potwierdzonej w badaniu przedmiotowym lub obrazowym;</p> <p>3) Wystąpienie klinicznie istotnej toksyczności leczenia lub wystąpienie przynajmniej jednego działania niepożądanego będącego zagrożeniem życia według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03.</p> <p>4) Wystąpienie nawracającej lub nieakceptowalnej toksyczności leczenia w stopniu 3. lub 4. według kryteriów klasyfikacji CTC-AE w wersji 4.03. (wznowienie leczenia możliwe po ustąpieniu objawów toksyczności lub zmniejszeniu nasilenia do stopnia 1. lub 2. według kryteriów CTC-AE w wersji 4.03.)</p> <p>5) Obniżenie sprawności do stopnia 2-4 według kryteriów Zubroda-WHO lub ECOG</p> <p>6) Wystąpienie nadwrażliwości na lek, białko mysie lub substancję pomocniczą uniemożliwiająca kontynuację leczenia;</p> <p>7) Pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza;</p> <p>8) Okres ciąży lub karmienia piersią – z wyjątkiem przypadków w których lekarz wspólnie z Konsultantem Krajowym oceni, że ryzyko zastosowania terapii przeciwnowotworowej ma większą korzyść niż ryzyko i uzasadnione jest finansowanie terapii w programie w takim przypadku.</p>		<p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (system monitorowania programów terapeutycznych – SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ (informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ).</p>
---	--	---

## LECZENIE RAKA Z KOMÓREK MERKLA AWELUMABEM (ICD-10 C44)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie przerzutowego raka z komórek Merkla;</li> <li>2) niemożliwe radykalne leczenie operacyjne;</li> <li>3) brak wcześniejszego leczenia za pomocą przeciwciał anty-PD-1 lub anty-PD-L1 z powodu choroby przerzutowej raka z komórek Merkla;</li> <li>4) dla pierwszej linii – brak wcześniejszego leczenia systemowego lub dla drugiej i kolejnych linii – progresja po wcześniejszym leczeniu systemowym raka z komórek Merkla;</li> <li>5) stan sprawności według kryteriów ECOG w stopniu 0-1;</li> <li>6) wiek <math>\geq</math> 18 lat;</li> <li>7) zmiany nowotworowe umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według kryteriów aktualnej wersji RECIST;</li> <li>8) brak przerzutów w OUN lub cech progresji przerzutów z OUN u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (chirurgia, radioterapia) oraz brak istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu miesiąca przed włączeniem leczenia;</li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka awelumabu w monoterapii to 800 mg podawana dożylnie przez 60 minut co 2 tygodnie.</p> <p>Modyfikację dawkowania należy prowadzić zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie raka z komórek Merkla;</li> <li>2) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI;</li> <li>3) badanie TK lub MR mózgu – w przypadku osób z podejrzeniem przerzutów do ośrodkowego układu nerwowego (tj. w przypadku objawów ze strony ośrodkowego układu nerwowego oraz u osób po wcześniejszej resekcji lub napromienianiu przerzutów);</li> <li>4) badanie przedmiotowe;</li> <li>5) ocena sprawności w skali ECOG;</li> <li>6) elektrokardiogram (EKG);</li> <li>7) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>8) badania laboratoryjne:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek,</li> <li>b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,</li> </ol> </li> </ol>

- 9) nieobecność aktywnych chorób autoimmunologicznych lub niedoborów immunologicznych, które wymagały leczenia immunosupresyjnego;
- 10) niestosowanie systemowe leków steroidowych (w dawce przekraczającej 10 mg prednizonu na dobę lub równoważnej dawki innego leku steroidowego) w ciągu 28 dni przed rozpoczęciem terapii awelumabem;
- 11) negatywny wywiad w kierunku HIV lub AIDS oraz wirusowego zapalenia wątroby (WZW) typu B lub C;
- 12) wyniki badań laboratoryjnych (przed rozpoczęciem leczenia) o następujących wartościach:
  - a) liczba leukocytów  $\geq 3 \times 10^9/l$ ,
  - b) liczba neutrofilów  $\geq 1,0 \times 10^9/l$ ,
  - c) liczba płytek krwi  $\geq 100 \times 10^9/l$ ,
  - d) stężenie hemoglobiny  $\geq 9 \text{ g/dl}$ ,
  - e) stężenie bilirubiny całkowitej  $\leq 1,5 \times \text{GGN}$  (górna granica normy) – z wyjątkiem chorych z zespołem Gilberta, gdzie tolerowana wartość jest wyższa
  - f) aktywność AST/ALT  $\leq 2,5 \times \text{GGN}$  u chorych bez przerzutów do wątroby i  $\leq 5 \times \text{GGN}$  u chorych z przerzutami
- 13) wykluczenie ciąży lub karmienia piersią u pacjentek w wieku rozrodczym;
- 14) brak przeciwwskazań do stosowania leku określonych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie

Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii są kwalifikowani również pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie awelumabem przed dniem wejścia w życie programu lekowego i spełniają łącznie następujące kryteria:

## 2. Monitorowanie leczenia

- 1) diagnostyka obrazowa umożliwiające ocenę odpowiedzi na leczenie według aktualnych kryteriów RECIST: TK lub MRI po 6-8 tygodniach leczenia, a następnie nie rzadziej niż w odstępach 12-tygodniowych;
- 2) badania laboratoryjne co 2-6 tygodni:
  - a) pełna morfologia z rozmazem oraz liczbą płytek,
  - b) parametry biochemiczne surowicy: aminotransferazy (ALT lub AST), bilirubina całkowita, kreatynina, glukoza, elektrolity (w tym stężenie sodu, potasu, wapnia), TSH i wolna T4,
- 3) inne badania w zależności od wskazań klinicznych.

## 3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

- leczenie zostało włączone zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego i powyższe znajduje odzwierciedlenie w dokumentacji medycznej pacjenta,
- nie podlegają kryteriom uniemożliwiającym włączenie do programu.

-

## **2. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia. W zależności od indywidualnej tolerancji i bezpieczeństwa stosowania leczenie może być odroczone lub przerwane.

## **3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) Progresja choroby z wyjątkiem pacjentów, u których wystąpi radiologiczna progresja choroby niezwiązana z ciężkim pogorszeniem stanu klinicznego, definiowanym jako wystąpienie nowych objawów lub pogorszenie obecnie występujących, u których nie obserwuje się zmiany w stopniu sprawności przez okres dłuższy niż dwa tygodnie i u których nie ma konieczności zastosowania leczenia ratującego życie;
- 2) Nadwrażliwość na lek lub na substancję pomocniczą;
- 3) Działania niepożądane związane z leczeniem prowadzące do przerwania leczenia zgodnie z wytycznymi zawartymi w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.



**LECZENIE CHOROBY CUSHINGA (ICD-10 E24.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1) dorośli chorzy w wieku co najmniej 18 lat;</p> <p>2) choroba Cushinga potwierdzona klinicznie i biochemicznie u pacjentów, u których wykonanie zabiegu operacyjnego guza przysadki nie jest możliwe lub zakończyło się niepowodzeniem;</p> <p>3) choroba Cushinga spełniająca w momencie kwalifikacji poniższe kryteria łącznie:</p> <p>a) podwyższone wydalanie wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu przekraczające o minimum 1,5 x górną granicę normy laboratoryjnej,</p> <p>b) podwyższone lub niezahamowane stężenie ACTH w osoczu,</p> <p>c) pozytywny wynik testu stymulacji ACTH kortykoliberyną (CRH) lub pozytywny wynik testu hamowania kortyzolu deksametazonem (8mg/dobę).</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, są kwalifikowani pacjenci uprzednio leczeni pasyreotydem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do niniejszego programu lekowego.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Zalecana dawka początkowa w leczeniu choroby Cushinga wynosi 10 mg pasyreotydu.</p> <p>Dawkę można stopniowo dostosować co 2 do 4 miesięcy, w zależności od odpowiedzi na leczenie i tolerancji. Maksymalna dawka produktu leczniczego Signifor w chorobie Cushinga wynosi 40 mg co 4 tygodnie.</p> <p>Kryteria, sposób modyfikacji dawkowania, sposób podania oraz środki ostrożności określone są w Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) badanie podmiotowe i przedmiotowe - występowanie typowych objawów hiperkortyzolemii;</p> <p>2) ocena wydalania wolnego kortyzolu z moczem w dobowej zbiorce moczu;</p> <p>3) test stymulacji ACTH kortykoliberyną lub test hamowania 8 mg deksametazonu wydzielania kortyzolu;</p> <p>4) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu;</p> <p>5) ocena wyrównania czynności tarczycy;</p> <p>6) rezonans magnetyczny układu podwzgórzowo-przysadkowego nie wcześniej niż w okresie 3 miesięcy poprzedzających kwalifikację do leczenia pasyreotydem;</p> <p>7) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaka przysadki (guz o średnicy <math>\geq 1</math> cm);</p> <p>8) badania laboratoryjne: ocena stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo oraz odsetek hemoglobiny glikowanej (HbA1c), stężenie sodu, potasu, magnezu, kreatyniny i GFR;</p> <p>9) ocena funkcji wątroby: aktywność AspAT i AlAT oraz stężenie bilirubiny całkowitej;</p> <p>10) ocena ultrasonograficzna jamy brzusznej ze szczególnym uwzględnieniem pęcherzyka żółciowego i dróg żółciowych</p>

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu zgodnie z kryteriami wyłączenia.

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) zespół Cushinga w wyniku ektopowego wydzielania ACTH;
- 2) ucisk skrzyżowania nerwów wzrokowych przez guz powodujący istotne zaburzenia pola widzenia u pacjentów kwalifikujących się do odbarczającego leczenia neurochirurgicznego;
- 3) cukrzyca niewyrównana metabolicznie (odsetek hemoglobiny glikowanej  $\geq 7,5\%$ ) pomimo podjęcia próby optymalizacji leczenia zgodnie z punktem 3.1. *Schematu dawkowania*;
- 4) objawowa kamica żółciowa;
- 5) ciężkie zaburzenia czynności wątroby (klasa C wg. skali Child-Pugha);
- 6) żółtaczka lub inne objawy sugerujące klinicznie istotną dysfunkcję wątroby lub utrzymywanie się zwiększonej aktywności AspAT lub AlAT na poziomie co najmniej 5 x GGN (górną granicę normy) lub wzrost aktywności AlAT lub AspAT przekraczający 3 x GGN z jednoczesnym wzrostem stężenia bilirubiny powyżej 2 x GGN;
- 7) niewyrównana niedoczynność tarczycy;
- 8) brak odpowiedzi na leczenie, w sytuacji gdy odpowiedź definiujemy jako: stężenie wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu nie przekraczające górnej granicy normy laboratoryjnej lub zmniejszenie stężenia wolnego kortyzolu w dobowej zbiorce moczu o co najmniej 50% względem wartości

(jeśli nie była wykonywana w okresie 3 poprzedzających miesięcy);

- 11) ocena układu krążenia: ocena ciśnienia tętniczego oraz badanie EKG z uważną oceną odstępu QT oraz ewentualnych zaburzeń rytmu serca, a w razie wątpliwości lub obciążającego wywiadu w zakresie chorób układu krążenia konsultacja kardiologiczna.

## 2. Monitorowanie leczenia

Należy ocenić korzyści kliniczne u pacjenta po pierwszym miesiącu leczenia, a następnie oceniać je okresowo.

- 1) ocena wydalania wolnego kortyzolu z moczem w dobowej zbiorce moczu (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące);
- 2) oznaczanie stężenia ACTH w osoczu i kortyzolu w surowicy krwi (po 1 miesiącu leczenia, po 2 miesiącach leczenia, następnie co 3 miesiące);
- 3) po 6 i 12 miesiącach od rozpoczęcia leczenia należy wykonać badanie rezonansu magnetycznego układu podwzgórzowo-przysadkowego. Począwszy od drugiego roku leczenia badanie to należy wykonywać co 12 miesięcy lub też niezwłocznie w przypadku pojawienia się nowych ubytków w polu widzenia, a w przypadku makrogruczolaków (guz  $>10$  mm) co 6 miesięcy przez cały okres trwania leczenia;
- 4) oznaczanie stężenia glukozy w osoczu krwi żyłnej na czczo lub samokontrola stężenia glukozy z zastosowaniem glukometru – co tydzień przez pierwsze trzy miesiące od podania leku następnie okresowo zgodnie ze wskazaniami klinicznymi, a także w ciągu pierwszych 4 tygodni po każdym zwiększeniu dawki. Ponadto należy monitorować wartość stężenia glukozy w osoczu na czczo po 4 tygodniach od

<p>wyjściowej - po co najmniej 6 miesiącach leczenia pasyreotydem w najwyższej tolerowanej dawce;</p> <p>9) nadwrażliwość na pasyreotydyd lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku;</p> <p>10) ciąża lub karmienia piersią;</p> <p>11) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody pacjenta na leczenie.</p>		<p>zakończenia leczenia, a stężenie HbA1c – po 3 miesiącach od zakończenia leczenia;</p> <p>5) ocena odsetka HbA1c po 3 miesiącach od podania leku i następnie co 3 miesiące w pierwszym roku leczenia oraz nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy począwszy od drugiego roku leczenia pasyreotydem;</p> <p>6) badanie EKG z oceną odstępu QT po 3 tygodniach od rozpoczęcia leczenia lub zwiększenia dawki leku, następnie co 1 miesiąc przez 3 miesiące, a potem nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w trakcie trwania leczenia lub częściej, w zależności od wskazań klinicznych;</p> <p>7) oznaczenie aktywności AspAT i AlAT oraz stężenia bilirubiny całkowitej po 1 i 2 tygodniach od podania pierwszej dawki leku lub zwiększenia jego dawki, a następnie z częstotnością co 1 miesiąc przez 3 miesiące leczenia. Następne monitorowanie powinno odbyć się w zależności od potrzeb klinicznych;</p> <p>8) oznaczenie poziomu magnezu, sodu i potasu według wskazań klinicznych;</p> <p>9) USG pęcherzyka i dróg żółciowych nie rzadziej niż raz na 6 miesięcy w okresie leczenia i 6 miesięcy po jego zakończeniu;</p> <p>10) ocena pola widzenia w przypadku makrogruczolaków przysadki nie rzadziej niż 1 raz do roku i zawsze w przypadku wystąpienia nowych ubytków w polu widzenia lub subiektywnego pogorszenia pola widzenia;</p> <p>11) ocena wyrównania czynności tarczycy co 6 miesięcy.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <p>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawienie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</p>
--	--	--

		<p>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	---

**LECZENIE PACJENTÓW Z POSTĘPUJĄCYM, MIEJSCOWO ZAAWANSOWANYM LUB Z PRZERZUTAMI, ZRÓŻNICOWANYM (BRODAWKOWATYM/PĘCHERZYKOWYM/OKSYFILNYM - Z KOMÓREK HÜRTHLE'A) RAKIEM TARCZYCY, OPORNYM NA LECZENIE JODEM RADIOAKTYWNYM (ICD-10 C 73)**

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne rozpoznanie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowego, pęcherzykowego lub z komórek Hürthle'a;</li> <li>2) potwierdzenie miejscowego zaawansowania lub przerzutów w narządach odległych na podstawie wyników badań obrazowych;</li> <li>3) udokumentowana nieskuteczność leczenia radioaktywnym jodem rozumiana jako obecność co najmniej jednej zmiany nie wychwytyjącej jodu lub progresji pomimo wychwytu jodu lub wyczerpanie łącznej kumulatywnej dawki jodu wynoszącej co najmniej 600 mCi;</li> <li>4) progresja choroby w okresie do 14 miesięcy przed włączeniem do programu;</li> <li>5) potwierdzenie obecności zmiany lub zmian nowotworowych umożliwiających ocenę odpowiedzi na leczenie według klasyfikacji RECIST;</li> <li>6) stan sprawności ogólnej w stopniach 0-2 według klasyfikacji ECOG;</li> </ol>	<p><b>1. Sorafenib</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1. Sorafenib jest stosowany w dobowej dawce 800 mg (2 razy dziennie po 2 tabletki zawierające 200 mg) bez przerw.</li> <li>1.2. W przypadku wystąpienia istotnych klinicznie lub ciężkich działań niepożądanych związanych z leczeniem należy przerwać stosowanie leku aż do zmniejszenia się ich nasilenia.</li> </ol> <p>Następnie, w pierwszej kolejności należy dążyć do wdrożenia adekwatnej profilaktyki/terapii powikłań (np. efektywne leczenie nadciśnienia tętniczego, zespołu dłoniowo-podeszwowego) i dopiero w przypadku nieskuteczności takiego postępowania powinno się rozważyć zmniejszenie dobowej dawki sorafenibu do 600 mg dziennie (2 tabletki po 200 mg i 1 tabletkę po 200 mg co 12 godzin), jeśli konieczne jest dalsze zmniejszenie dawki leku należy stosować dawkę 400 mg dziennie (1 tabletkę 200 mg co 12 godzin), a jeśli konieczna będzie dalsza redukcja dawki, sorafenib należy stosować w dawce 200 mg raz na dobę.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie zróżnicowanego raka tarczycy, tj. brodawkowego, pęcherzykowego lub z komórek Hürthle'a;</li> <li>2) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>3) oznaczenie stężenia hemoglobiny;</li> <li>4) oznaczenie stężenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) bilirubiny – w surowicy;</li> <li>b) kreatyniny;</li> </ol> </li> <li>5) oznaczenie aktywności transaminaz (AspAT, AlAT);</li> <li>6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym;</li> <li>7) scyntygrafia kości;</li> <li>8) tomografia komputerowa jamy brzusznej i miednicy;</li> <li>9) Rtg lub tomografia komputerowa klatki piersiowej;</li> <li>10) elektrokardiogram;</li> <li>11) pomiar ciśnienia tętniczego;</li> <li>12) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li> </ol>

<p>7) wiek powyżej 18 roku życia;</p> <p>8) adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie wyników badań laboratoryjnych krwi zgodnie z zapisami Charakterystyki Produktu Leczniczego (dalej ChPL);</p> <p>9) wykluczenie ciąży u kobiet;</p> <p>10) nieobecność przeciwwskazań do zastosowania sorafenibu, którymi są alergia na lek lub którąkolwiek substancję pomocniczą.</p> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni sorafenibem w ramach innego sposobu finansowania terapii (za wyjątkiem badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu</b></p> <p>1) współistnienie innego aktywnego nowotworu złośliwego za wyjątkiem raka podstawnokomórkowego skóry, raka szyjki macicy in situ, albo wcześniejsze zachorowanie na jakikolwiek nowotwór złośliwy, o ile leczenie nie miało charakteru radykalnego lub miało</p>	<p>1.3. Jeżeli ciężkie działania niepożądane związane z leczeniem nie zmniejszą swojego nasilenia w ciągu 4 tygodni mimo przerwania podawania leku należy zakończyć leczenie.</p> <p>1.4. Po zmniejszeniu nasilenia działań niepożądanych innych niż hematologiczne w stopniu 4 wg CTC, możliwe jest ponowne zwiększenie dawki sorafenibu.</p>	<p><b>2. Monitorowanie bezpieczeństwa i skuteczności leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) oznaczenie stężenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) bilirubiny,</li> <li>b) kreatyniny</li> <li>c) transaminaz (AspAT, AlAT),</li> <li>d) wapnia,</li> <li>e) TSH <ul style="list-style-type: none"> <li>– w surowicy;</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>3) elektrokardiogram;</li> <li>4) tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny odpowiedniego obszaru ciała;</li> <li>5) inne badania w razie wskazań klinicznych.</li> </ol> <p>Badania laboratoryjne oraz ocenę stanu klinicznego wykonuje się:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) przez pierwsze dwa miesiące terapii- co 2 tygodnie;</li> <li>2) od 3 do 6 miesiąca terapii – co miesiąc;</li> <li>3) od 7 do 12 miesiąca terapii – co 3 miesiące;</li> <li>4) po 12 miesiącu terapii- co 4 miesiące.</li> </ol> <p>Pierwsze badanie obrazowe wykonuje się po 12 tyg. leczenia, a kolejne co 6 miesięcy, o ile nie występują dodatkowe wskazania kliniczne.</p> <p>Ponadto badania należy wykonać w chwili podjęcia decyzji o wyłączeniu z programu z powodu innego niż progresja choroby.</p>
---	--	--

<p>charakter radykalny, ale nie uzyskano całkowitej remisji;</p> <p>2) obecność istotnych schorzeń współistniejących:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) niekontrolowana infekcja,</li><li>b) niewydolność serca w stopniu III lub IV NYHA;</li></ul> <p>3) obecność jakichkolwiek innych stanów lub schorzeń, które w opinii lekarza mogą stanowić przeciwwskazanie do zastosowania sorafenibu.</p> <p><b>4. Kryteria zakończenia udziału w programie</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) udokumentowana progresja w trakcie leczenia;</li><li>2) wystąpienie nadwrażliwości na sorafenib lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li><li>3) stan sprawności wg ECOG 3 lub 4;</li><li>4) nawracająca pomimo redukcji dawki i/lub przerwy w leczeniu lub nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia wg WHO;</li><li>5) wystąpienie objawów zastoinowej niewydolności serca, niekontrolowanego nadciśnienia tętniczego oraz niestabilnych zaburzeń rytmu wymagających leczenia;</li><li>6) jakiegokolwiek inne poważne schorzenie, które w opinii lekarza prowadzącego uniemożliwia kontynuację leczenia sorafenibem.</li></ul>		<p><b>2. Monitorowanie programu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li><li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li><li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo - rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</li></ul>
--	--	--

**LECZENIE CHORYCH NA CUKRZYCOWY OBRZĘK PLAMKI (DME) (ICD-10 H 36.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Leczenie cukrzycowego obrzęku plamki afliberceptem, bewacyzumabem, deksametazonem w postaci implantu oraz ranibizumabem</b></p> <p>Kwalifikacja do programu lekowego przeprowadzana jest przez lekarza prowadzącego w przypadku, gdy pacjent uprzednio nie był leczony z powodu cukrzycowego obrzęku plamki.</p> <p>Leczenie pierwszorazowych pacjentów lub pacjentów leczonych wcześniej nieskutecznie rozpoczyna się od 5 dawek bewacyzumabu.</p> <p>Pacjenci leczeni uprzednio komercyjnie lub w ramach JGP B84, lub pacjenci leczeni w programie lekowym wymagający zmiany leku mogą być włączeni do programu, lub może być dokonana zmiana leku przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki (powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia) na wniosek lekarza prowadzącego, po wprowadzeniu niezbędnych danych w SMPT i udokumentowaniu otrzymania co najmniej 5 iniekcji anty-VEGF w poprzednim etapie leczenia.</p> <p>Potwierdzeniem wykonania 5 iniekcji leku anty-VEGF będzie zaświadczenie od lekarza prowadzącego wyszczególniające czas wykonania poszczególnych iniekcji w przypadku pacjentów pierwszorazowych, które wraz z pozostałą dokumentacją medyczną należy złożyć w systemie SMPT do decyzji Zespołu Koordynacyjnego.</p> <p>W przypadku kontynuacji leczenia należy udokumentować ostatnie dwa lata leczenia w postaci zaświadczenia.</p> <p>W przypadku braku stosownych zaświadczeń leczenie należy kontynuować w programie traktując pacjenta jako pierwszorazowego lub w kontynuacji leczenia bewacyzumabem.</p>	<p><b>1. Dawkowanie leków</b></p> <p><b>1.1. Dawkowanie bewacyzumabu</b></p> <p>1) Zalecana dawka bewacyzumabu wynosi 1,25 mg, co odpowiada 50 µl roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe;</p> <p>2) Leczenie bewacyzumabem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) przez pięć kolejnych miesięcy, a następnie lek podaje się w postaci jednego wstrzyknięcia co 2 miesiące (tj. w odstępach co najmniej 56 dni, ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu); w przypadku wcześniejszego leczenia pacjenta bewacyzumabem poza programem lekowym – schemat leczenia należy dostosować do etapu leczenia, na którym znajduje się pacjent;</p> <p>3) W przypadku skuteczności leczenia ocenionej według kryteriów opisanych w pkt 1.3 po pierwszych 12 miesiącach leczenia bewacyzumabem odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć na tyle, aby podtrzymać</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) Badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS;</p> <p>2) OCT (optyczna koherentna tomografia);</p> <p>3) Fotografia dna oka;</p> <p>4) Angiografia fluoresceinowa lub angio-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia angiografia indocyjaninowa) - w przypadku uczulenia na barwnik stosowany w angiografii lub w razie wystąpienia innych jednoznacznych przeciwwskazań do wykonania tego badania można od niego odstąpić. Fakt odstąpienia od badania wraz z uzasadnieniem należy opisać w dokumentacji medycznej pacjenta i w rejestrze SMPT do wglądu Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki;</p> <p>5) W przypadku ponownej kwalifikacji po wyłączeniu pacjenta z programu z powodu przedłużającego się okresu obserwacji kwalifikację pacjenta opierać należy na pkt. 1, 2 i 3. W przypadkach wątpliwych ekspert</p>



Każdorazowo pacjenta do podania kolejnej dawki leku kwalifikuje lekarz prowadzący.

### 1.1. Kryteria kwalifikacji

- 1) Obecność rozlanego, klinicznie znamiennego obrzęku płamki (DME) z zajęciem dołka w przebiegu cukrzycy (DRT – postać gąbczasta (rozłana), CME - postać torbielowata lub SRD – (postać surowicza);
- 2) Wiek powyżej 18 roku życia;
- 3) Najlepsza skorygowana ostrość wzroku (BCVA) w leczonym oku 0,2-0,8 określona według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS);
- 4) Zgoda pacjenta na wykonanie iniekcji doszkliskowych;
- 5) Stężenie HbA1c  $\leq$  9% w przypadku kontynuacji leczenia afliberceptem/ranibizumabem lub deksametazonem;
- 6) Leczenie bawacyzumabem należy rozpocząć bez względu na poziom HbA1c, jeżeli po 5 dawkach bewacyzumabu poziom HbA1c  $>$ 9% leczenie należy kontynuować tym samym lekiem do momentu osiągnięcia stężenia HbA1c  $\leq$  9% kiedy można zmienić lek po decyzji Zespołu Koordynacyjnego w przypadku nieskuteczności leczenia;
- 7) Brak dominującej błony przedsiatkówkowej;
- 8) Brak aktywnych włóknisto-naczyniowych trąk, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na odwarstwienie siatkówki lub miało rokowniczo niekorzystny wpływ na leczenie w programie;
- 9) Brak odwarstwienia siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej;
- 10) Brak krwotoku do ciała szklatego wymagającego leczenia operacyjnego;
- 11) Brak neowaskularyzacji tętnic;
- 12) Brak jaskry neowaskularnej;
- 13) Uregulowane ciśnienie wewnątrzgałkowe;

odpowiedź w zakresie parametrów anatomicznych i funkcjonalnych aktywności choroby; w przypadku pogorszenia się tych parametrów należy skrócić okres między kolejnymi dawkami leku;

- 4) Po pierwszych 12 miesiącach leczenia badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);
- 5) Kobiety w wieku rozrodczym powinny stosować skuteczne metody zapobiegania ciąży, zarówno podczas leczenia, jak i w ciągu 3 miesięcy od zakończenia leczenia bewacyzumabem.

### 1.2. Dawkowanie afliberceptu

- 1) Zalecana dawka afliberceptu wynosi 2 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszkliskowe;
- 2) Leczenie afliberceptem rozpoczyna się od jednego wstrzyknięcia na miesiąc w pięciu kolejnych dawkach, a następnie podaje się jedno wstrzyknięcie co dwa miesiące;
- 3) W przypadku skuteczności leczenia ocenionej według kryteriów opisanych w pkt 1.3 po pierwszych 12 miesiącach leczenia afliberceptem w kontynuacji odstęp pomiędzy dawkami można wydłużyć na tyle, aby podtrzymać odpowiedź w zakresie parametrów anatomicznych i funkcjonalnych aktywności choroby; w przypadku

Zespołu Koordynacyjnego może poprosić o rozszerzenia badań do pełnego zakresu;

- 6) Konsultacja diabetologiczna lub lekarza chorób wewnętrznych z wynikiem badania HbA1c i oceną wyrównania ciśnienia tętniczego, funkcji nerek oraz obecność innych powikłań cukrzycy.

### 2. Monitorowanie leczenia

- 1) Badania przeprowadzane przed każdym podaniem (w dniu podania leku lub w terminie do 7 dni przed jego podaniem) zgodnie z harmonogramem dawkowania oraz nie rzadziej niż raz na 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni):
  - a) badanie okulistyczne z oceną ostrości wzroku na tablicach Snellena lub ETDRS,
  - b) OCT (optyczna koherentna tomografia),
  - c) opcjonalnie - fotografia dna oka,
  - d) opcjonalnie dla wykazania zmian zaistniałych w przebiegu leczenia - angiografia fluoresceinowa lub angi-OCT (w przypadkach trudnych z diagnostycznego punktu widzenia - angiografia indocyjaninowa);
- 2) Konsultacja diabetologiczna lub lekarza chorób wewnętrznych co 6 miesięcy od momentu kwalifikacji do programu.

### 3. Monitorowanie programu

14) Brak zaćmy mającej wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie;

15) Brak istotnych i trwałych zaburzeń siatkówki w plamce nierokujących poprawy po leczeniu anty- VEGF takich jak:

- a) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki),
- b) DRIL w obszarze poddołkowym,
- c) makulopatia niedokrwienna.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

**1.2. Kryteria włączenia do programu pacjentów leczonych uprzednio w ramach JGP B84 lub w programie leczenia cukrzycowego obrzęku plamki, którzy zostali wyłączeni z programu (ponowna kwalifikacja) lub u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.**

Do programu kwalifikowani są również pacjenci wyłączeni z niego w oparciu o pkt. 1.4, gdy przyczyna przerwania terapii trwała dłużej niż 4 miesiące w przypadku bewacyzumabu, afliberceptu, ranibizumabu oraz którzy przed wprowadzeniem programu rozpoczęli leczenie cukrzycowego obrzęku plamki iniekcjami doszklistkowymi bewacyzumabu, afliberceptu, ranibizumabu lub deksametazonu w postaci implantu:

- a) w ramach świadczeń gwarantowanych rozliczanych w JGP B84 lub
- b) u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

- pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia terapii spełniali kryteria włączenia do programu. Jeżeli wykazano w tym czasie skuteczność leczenia, wtedy terapia powinna być kontynuowana zgodnie z zapisami programu.

**1.3. Określenie czasu leczenia w programie lub zmiana leczenia**

pogorszenia się tych parametrów należy skrócić okres między kolejnymi dawkami leku;

4) Po pierwszych 12 miesiącach leczenia badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);

5) W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie DME iniekcjami doszklistkowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego: u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent;

6) Kobiety w wieku rozrodczym powinny stosować skuteczne metody zapobiegania ciąży, zarówno podczas leczenia, jak i w ciągu 3 miesięcy od zakończenia leczenia afliberceptem.

**1.3. Dawkowanie ranibizumabu**

1) Zalecana dawka ranibizumabu wynosi 0,5 mg, co odpowiada 50 mikrolitrom roztworu (0,05 ml) na jedno wstrzyknięcie doszklistkowe;

2) Leczenie rozpoczyna się od jednej iniekcji na miesiąc (tj. w odstępach co najmniej 28 dni,

1) Przekazywanie do NFZ zakresu informacji sprawozdawczo – rozliczeniowych w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia;

2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze SMPT, dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

3) Dane dotyczące monitorowania leczenia należy gromadzić w dokumentacji pacjenta i każdorazowo przedstawiać na żądanie kontrolerom.

<p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o przerwaniu leczenia w programie lub o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z kryteriami opisanymi w ust. 1.4 i 1.5.</p> <p>Po 1 miesiącu i nie później niż 2 miesiące po ostatnim podaniu leku z serii 5 podawanych co miesiąc dawek początkowych odbywa się ocena skuteczności odpowiedzi na terapię.</p> <p>Lekarz prowadzący zgłasza w rejestrze SMPT pacjenta do oceny skuteczności przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki lub wyłącza pacjenta z programu.</p> <p>W przypadku braku zgłoszenia pacjenta do oceny Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki pacjent zostanie wyłączony z programu.</p> <p>Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz na podstawie kryteriów włączenia.</p> <p>Na podstawie oceny skuteczności Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki podejmuje decyzję w rejestrze SMPT o kontynuacji leczenia bez zmiany leku, kontynuacji ze zmianą leku w programie lub wyłączeniu pacjenta z programu.</p> <p>Kryteria oceny odpowiedzi na terapię obejmują:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>a) poprawę najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o co najmniej 1 linię na tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS),</li><li>b) zmniejszenie grubości siatkówki w dołku o <math>\geq 20\%</math> w stosunku do wartości z badania kwalifikacyjnego (OCT),</li><li>c) zmniejszenie grubości siatkówki do wartości <math>\leq 300 \mu\text{m}</math> w badaniu OCT.</li></ul> <p>Kryteria odpowiedzi muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Odpowiedź na terapię musi utrzymywać się do momentu oceny przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki od zaprzestania podawania serii iniekcji początkowych leku.</p>	<p>ale nie później niż 7 dni po upływie tego terminu) do czasu uzyskania maksymalnej ostrości wzroku lub braku cech aktywności choroby, tj. braku zmian w ostrości wzroku oraz innych objawów przedmiotowych choroby podczas kontynuowania leczenia;</p> <ul style="list-style-type: none"><li>3) Następnie odstępy pomiędzy podaniem kolejnych dawek oraz częstotliwość wykonywania badań kontrolnych są ustalane przez lekarza prowadzącego i powinny być uzależnione od aktywności choroby, ocenianej na podstawie ostrości wzroku lub parametrów anatomicznych;</li><li>4) Odstęp pomiędzy wstrzyknięciem dwóch dawek do tego samego oka powinien wynosić co najmniej 4 tygodnie;</li><li>5) W przypadku, gdy odstępy między podaniem kolejnych dawek został ustalony na więcej niż 2 miesiące, badania kontrolne pacjenta muszą być wykonywane nie rzadziej niż co 2 miesiące (tj. nie rzadziej niż co 62 dni);</li><li>6) W przypadku pacjentów zakwalifikowanych do programu, którzy rozpoczęli wcześniej leczenie DME iniekcjami doszkliskowymi przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF lub rekombinowanego białka fuzyjnego: u świadczeniodawców, którzy nie posiadali umowy na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - schemat dawkowania należy dostosować do etapu leczenia, na jakim znajduje się pacjent.</li></ul>	
--	---	--

Po 11 zastrzykach Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki oceni zasadność (z uwzględnieniem kryteriów oceny odpowiedzi na terapię) dalszego leczenia pacjenta w programie lekowym.

Pacjenta do oceny przez Zespół Koordynacyjny do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki zgłasza lekarz prowadzący.

W przypadku braku zgłoszenia pacjenta do oceny Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki pacjent zostanie wyłączony z programu.

Ponownego włączenia do leczenia dokonuje lekarz na podstawie kryteriów włączenia.

#### **1.4. Kryteria przerwania terapii**

- 1) Czynne zakażenie oka lub jego okolic;
- 2) Zapalenie wnętrza gałki ocznej;
- 3) Okres ciąży i karmienia piersią;
- 4) Przedarciowe odwarstwienie siatkówki;
- 5) Wystąpienie ogólnoustrojowej choroby uniemożliwiającej leczenie;
- 6) Wystąpienie w trakcie leczenia wskazań do postępowania operacyjnego (witrektomii, jaskry lub operacji zaćmy):
  - a) dominująca błona przedsiatkówkowa,
  - b) obecność aktywnych włóknisto-naczyniowych trakcji, których obkurczenie się mogłoby wpłynąć na wystąpienie odwarstwienia siatkówki,
  - c) odwarstwienie siatkówki w przebiegu retinopatii cukrzycowej,
  - d) krwotok do ciała szklanego wymagający operacji,
  - e) neowaskularyzacja tęczówki,
  - f) jaskra neowaskularna,
  - g) zaćma mająca wpływ na monitorowanie skuteczności leczenia w programie.

#### **1.4. Dawkowanie deksametazonu w postaci implantu**

Zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego.

#### **2. Wstrzymanie podawania leku**

Podawanie leku należy odroczyć, jeżeli wystąpi:

- 1) ciśnienie śródgałkowe  $\geq 30$  mmHg (utrzymujące się pomimo leczenia);
- 2) rozerwanie siatkówki;
- 3) przeprowadzenie lub planowanie operacji wewnątrzgałkowej (o długości okresu wstrzymania podawania leku przed lub po operacją decyduje lekarz prowadzący);
- 4) brak aktywności choroby.

O terminie podania kolejnej dawki leku po odroczeniu decyduje lekarz prowadzący – z zastrzeżeniem kryteriów wyłączenia z programu.

#### **3. Zmiana leku podczas leczenia**

Zgodnie z decyzją Zespołu Koordynacyjnego do Spraw Leczenia Chorób Siatkówki.

W przypadku ustąpienia zmian opisanych w pkt 1-6 lekarz prowadzący może (nie później niż 4 miesiące od przerwania wcześniejszego leczenia) włączyć pacjenta z powrotem do programu (po ponownym spełnieniu kryteriów kwalifikacji do programu).

Pacjent, który nie został ponownie zakwalifikowany do programu w ciągu 4 miesięcy od przerwania wcześniejszego leczenia zostaje wyłączony z programu.

#### **1.5. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) Nadwrażliwość na bewacyzumab, aflibercept, ranibizumab lub deksametazon, lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 2) Brak współpracy pacjenta z lekarzem prowadzącym (niezgłaszanie się z powodów nieuzasadnionych na określone przez program minimum 2 kolejne punkty kontrolne);
- 3) Wystąpienie działań niepożądanych związanych z lekiem uniemożliwiających jego dalsze stosowanie;
- 4) Progresa choroby definiowana, jako:
  - a) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) do poziomu  $< 0,2$  określonego według tablicy Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące lub
  - b) pogorszenie najlepszej skorygowanej ostrości wzroku (BCVA) o 2 lub więcej linii na tablicach Snellena (lub odpowiednio ekwiwalent ETDRS) utrzymujące się dłużej niż 2 miesiące w porównaniu z ostrością wzroku w najlepszej korekcji (BCVA) uzyskanej w momencie kwalifikacji do programu lub
  - c) rozległy zanik fotoreceptorów (w OCT zanik warstw zewnętrznych siatkówki) lub
  - d) rozwój w przebiegu leczenia DRIL w obszarze poddołkowym lub
  - e) wystąpienie makulopatii niedokrwiennej.

**LECZENIE AMIFAMPRYDYNĄ PACJENTÓW Z ZESPOŁEM MIASTENICZNYM LAMBERTA-EATONA (ICD-10: G73.1)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkich powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu oraz weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego świadczeniobiorcy oraz ocenę efektywności zastosowanej terapii.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są dorośli pacjenci z zespołem miastenicznym Lamberta-Eatona (LEMS), u których przeprowadzono komplet badań diagnostycznych świadczących o przeprowadzeniu diagnostyki różnicowej i dokumentujących rozpoznanie. Rozpoznanie LEMS potwierdza dodatni wynik przeciwciała przeciwko VGCC lub wykazanie cech LEMS w elektrostymulacyjnej próbie męczyliwości pod postacią znamiennego torowania.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów wyłączenia z programu.</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>1.1. Zalecana dawka początkowa wynosi 15 mg na dobę podawana doustnie. Następnie dawkę można zwiększyć o 5 mg co 4-5 dni do maksymalnej dawki: 60 mg na dobę. Dawka pojedyncza nie powinna być większa niż 20 mg.</p> <p>1.2. Pacjenci z zaburzeniami czynności nerek lub wątroby:</p> <p>a) umiarkowane lub ciężkie zaburzenia czynności nerek lub wątroby – zalecana dawka początkowa wynosi 5 mg na dobę;</p> <p>b) łagodne zaburzenia czynności nerek lub wątroby – 10 mg na dobę (5 mg dwa razy na dobę).</p> <p>Tempo zwiększania dawki powinno być wolniejsze niż u pacjentów z prawidłową czynnością nerek i wątroby – o 5 mg co 7 dni.</p> <p>1.3. W wyjątkowych okolicznościach dopuszcza się stosowanie maksymalnej dawki 80 mg na dobę. Zwiększanie dawki z 60 mg do 80 mg na dobę powinno następować o 5 mg co 7 dni.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p><b>1.1. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS krótszym niż 2 lata (ryzyko charakteru paranowotworowego choroby):</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) AIAT;</li> <li>3) AspAT;</li> <li>4) ocena obrazowa śródpiersia (tomografia komputerowa lub rezonans magnetyczny);</li> <li>5) USG lub TK jamy brzusznej;</li> <li>6) oznaczenie przeciwciał anti-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);</li> <li>7) badania elektrofizjologiczne (próba męczyliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);</li> <li>8) konsultacja ginekologiczna u kobiet;</li> <li>9) badanie EKG;</li> <li>10) oznaczenie stężenia kreatyniny.</li> </ol> <p>O zestawie badań decyduje lekarz specjalista podczas kwalifikacji do programu.</p> <p><b>1.2. Pacjenci z wywiadem objawów LEMS dłuższym niż 2 lata:</b></p>

### 3. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) ciąża i karmienie piersią;
- 2) nadwrażliwość na fosforan amifamprydyny lub inny składnik preparatu;
- 3) brak skuteczności leczenia definiowany jako brak złagodzenia objawów klinicznych przy podawaniu prawidłowej dawki amifamprydyny (ocena kliniczna);
- 4) padaczka;
- 5) niewyrównana astma oskrzelowa;
- 6) jednoczesne stosowanie sultoprydu;
- 7) jednoczesne stosowanie produktów terapeutycznych o wąskim indeksie terapeutycznym lub o których wiadomo, że mogą wydłużać odstęp QT;
- 8) występowanie wrodzonego zespołu QT.

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) AIAT;
- 3) AspAT;
- 4) oznaczenie przeciwciał anty-VGCC (lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);
- 5) badania elektrofizjologiczne (próba męczliwości lub dodatni wynik potwierdzający rozpoznanie w przeszłości);
- 6) badanie EKG;
- 7) oznaczenie stężenia kreatyniny.

### 2. Monitorowanie leczenia– po 3 miesiącach terapii a następnie raz na 6 miesięcy

- 1) morfologia krwi z rozmazem;
- 2) oznaczenie stężenia kreatyniny;
- 3) AIAT;
- 4) AspAT;
- 5) badanie EKG;
- 6) inne indywidualnie ustalone przez lekarza.

### 3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;

		<p>3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	---



## LECZENIE ZAPOBIEGAWCZE CHORYCH Z NAWRACAJĄCYMI NAPADAMI DZIEDZICZNEGO OBRZĘKU NACZYNIORUCHOWEGO O CIĘŻKIM PRZEBIEGU (ICD-10: D 84.1)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny ds. Chorób Ultrazadkowych, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci, którzy spełniają następujące kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Rozpoznany dziedziczny obrzęk naczynioruchowy (HAE) typu I lub typu II;</li> <li>2) Wiek od 12 roku życia;</li> <li>3) Udokumentowane, częste występowanie ciężkich ataków obrzęku naczynioruchowego - minimum 12 ataków (brzuch, krtka, gardło) z udokumentowanym użyciem leku ratunkowego w ciągu ostatnich 6 miesięcy.</li> </ol> <p>Ponadto do programu lekowego kwalifikowani są również pacjenci powyżej 12 roku życia, którzy byli leczeni skutecznie lanadelumabem w ramach innego sposobu finansowania terapii (z wyjątkiem badań klinicznych), pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p>	<p>Dawka początkowa lanadelumabu to 300 mg podawane co 2 tygodnie.</p> <p>U pacjentów z dobrą kontrolą choroby (brak objawów HAE przez więcej niż 6 miesięcy), w szczególności u tych z małą masą ciała, należy rozważyć redukcję dawki do 300 mg co 4 tygodnie.</p> <p>W razie nawrotu napadów dawka może być zwiększona do 300 mg co 2 tygodnie.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Stężenia inhibitora C1 esterazy we krwi (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni);</li> <li>2) Aktywności inhibitora C1 esterazy we krwi – badanie wymagane gdy stężenie inhibitora C1 jest prawidłowe (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni);</li> <li>3) Stężenia składowej C4 dopełniacza (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni);</li> <li>4) Stężenia składowej C1q dopełniacza - badanie wymagane w przypadku ujemnego wywiadu rodzinnego (co najmniej dwukrotny pomiar w odstępach minimum 4 tygodni). Dotyczy pacjentów, u których pierwszy napad nastąpił powyżej 40 roku życia;</li> <li>5) Morfologia krwi;</li> <li>6) Badanie ogólne moczu;</li> <li>7) Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT);</li> <li>8) Oznaczenie INR;</li> <li>9) Oznaczenie poziomu:             <ol style="list-style-type: none"> <li>a) aminotransferazy asparaginowej (AspAT),</li> <li>b) aminotransferazy alaninowej (AlAT),</li> </ol> </li> </ol>

## 2. Kryteria wyłączenia

Kryterium wyłączenia z leczenia lanadelumabem jest spełnienie co najmniej jednego z niżej wymienionych kryteriów:

- 1) Cięża lub karmienie piersią - lekarz prowadzący w porozumieniu z Zespołem Koordynacyjnym ds. Chorób Ultrazadkowych może podjąć decyzję o kontynuacji leczenia w przypadkach gdy przerwanie leczenia będzie nieść ze sobą wyższe ryzyko działań niekorzystnych, niż kontynuacja leczenia;
- 2) Podczas 6 miesięcznej terapii średnia miesięczna występowania zagrażających życiu ataków nie zmniejszyła się o co najmniej 50% w stosunku do średniej częstości ataków w półrocznym okresie poprzedzającym leczenie;
- 3) Wystąpienie objawów nadwrażliwości na lanadelumab lub którąkolwiek substancję pomocniczą.

## 3. Określenie czasu leczenia w programie

Ocenę skuteczności leczenia przeprowadza się po każdym pełnym 6 miesiącach terapii.

Lekarz prowadzący podejmuje decyzję o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu.

Do programu włączane są, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu w związku z ciężą lub karmieniem piersią.

c) bilirubiny całkowitej;

10) Próba ciążowa u kobiet w wieku rozrodczym.

Wyniki badań przedstawione w punktach 1, 2, 3 i 4 mogą zostać pobrane z dokumentacji medycznej pacjenta.

## 2. Monitorowanie leczenia

- 1) Morfologia krwi;
- 2) Ocena częstości występowania ataków z określeniem lokalizacji i ciężkości, w tym wymagających leczenia ratunkowego;
- 3) aminotransferazy AspAT i ALAT, bilirubina całkowita;
- 4) Oznaczenie INR;
- 5) Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT).

Badania wykonuje się co 6 miesięcy.

## 3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej świadczeniobiorcy danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) Uzupelnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

**LECZENIE PACJENTÓW Z CHOROBA WILSONA (ICD-10: E83.0)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynujący ds. kwalifikacji i weryfikacji leczenia w programie leczenia choroby Wilsona.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) rozpoznanie choroby Wilsona;</li> <li>2) wiek <math>\geq 5</math> lat;</li> <li>3) w postaci neurologicznej, bezobjawowej lub skąpoobjawowej stwierdzona nietolerancja leczenia <i>D-penicylaminą</i> i <i>siarczanem cynku</i>;</li> <li>4) w postaci wątrobowej lub mieszanej z cechami istotnego uszkodzenia wątroby (hepato i/lub splenomegalia i/lub wydłużenie INR i/lub znaczny wzrost ALT i /lub cholestaza) stwierdzona nietolerancja leczenia <i>D-penicylaminą</i>.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji 1), 2) i 3) lub 4) muszą być spełnione łącznie.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.</p> <p><b>3. Kryteria wyłączenia</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Trientynę należy podawać zgodnie dawkowaniem określonym w aktualnej na dzień wydania decyzji o objęciu refundacją leku w tym programie Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie fizykalne;</li> <li>2) badanie neurologiczne (ocena stanu w skali UWDRS II i III, jeżeli obecne są zaburzenia neurologiczne);</li> <li>3) badanie oka w lampie szczelinowej w celu stwierdzenia obecności pierścienia Kaysera-Fleischera;</li> <li>4) badanie ogólne moczu;</li> <li>5) morfologia krwi obwodowej z rozmazem;</li> <li>6) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w osoczu, dobowe wydalanie miedzi z moczem;</li> <li>7) czas protrombinowy (PT);</li> <li>8) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR);</li> <li>9) aminotransferaza asparaginowa (AspAT i alaninowa (AlAT));</li> <li>10) bilirubina całkowita i bezpośrednia;</li> <li>11) USG wątroby;</li> <li>12) MRI głowy, ocena obecności pierścienia Kaysera Fleischera.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>Badania przeprowadzane w pierwszym roku co 3 miesiące (w przypadku wskazań klinicznych monitorowanie może odbywać się częściej), w następnych latach co pół roku:</p>

- 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek z substancji pomocniczych;
- 2) wystąpienie ciężkich działań niepożądanych związanych z lekiem;
- 3) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;
- 4) ciąża – z wyłączeniem przypadków, gdy korzyści związane z leczeniem przeważają nad ryzykiem dla pacjentki oraz płodu;
- 5) karmienie piersią;
- 6) brak skuteczności leczenia, w tym brak poprawy neurologicznej, definiowany jako utrzymanie stanu w skali UWDRS po 6 – 12 miesiącach leczenia lub brak istotnej poprawy parametrów uszkodzenia wątroby po 6-12 miesiącach leczenia;
- 7) poprawa kliniczna utrzymująca się przez co najmniej 6 miesięcy (w zakresie neurologicznym w skali UWDRS lub ustąpienie innych niż neurologiczne objawów choroby wraz z istotną poprawą parametrów definiujących czynność wątroby) powinna być podstawą do ponownej próby włączenia leczenia standardowego - brak ponownej próby włączenia leczenia standardowego wymaga uzasadnienia w historii choroby.

- 1) badanie fizykalne;
- 2) badanie neurologiczne;
- 3) badanie ogólne moczu;
- 4) morfologia;
- 5) stężenie miedzi wolnej, całkowitej i ceruloplazminy w osoczu, dobowe wydalenie miedzi z moczem;
- 6) czas protrombinowy (PT);
- 7) międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR);
- 8) aminotransferaza asparaginowa (AspAT);
- 9) aminotransferaza alaninowa (AlAT);
- 10) bilirubina całkowita i bezpośrednia;
- 11) USG wątroby.

Badania przeprowadzone raz w roku:

- 1) badanie pierścienia Kaysera Fleischera w lampie szczelinowej.

Ponadto w ramach monitorowania wykonuje się badanie MRI głowy w przypadku pogorszenia neurologicznego oraz przed zakończeniem leczenia.

W szczególnych przypadkach np. chorób nerek, małych dzieci czy obawy o niestosowanie się pacjenta do zaleceń monitorowanie pacjenta może odbywać się z większą częstotliwością, a terminy wykonania badań laboratoryjnych należy dostosowywać do potrzeby.

### **3. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT) dostępnym za

		<p>pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.</p>
--	--	---

**LECZENIE CHORYCH Z CIĘŻKĄ POSTACIĄ ATOPOWEGO ZAPALENIA SKÓRY (ICD-10: L20)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKU W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Do programu kwalifikowani są pacjenci spełniający łącznie kryteria:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) ciężka postać atopowego zapalenia skóry (IGA równe 4) u pacjentów, którzy stosują miejscowo emolienty i kortykosteroidy i spełniają jedno z poniższych kryteriów: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) niepowodzenie leczenia cyklosporyną stosowaną w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed kwalifikacją do programu,</li> <li>albo</li> <li>b) przeciwwskazania do stosowania cyklosporyny, które uniemożliwiają jej zastosowanie,</li> <li>albo</li> <li>c) wystąpienie działań niepożądanych, które uniemożliwiają kontynuowanie leczenia cyklosporyną;</li> </ol> </li> <li>3) niepowodzenie fototerapii lub innej terapii ogólnej;</li> <li>4) atopowe zapalenie skóry ze wskaźnikami EASI <math>\geq 20</math> i BSA <math>\geq 10\%</math> powierzchni skóry zmieniony chorobowo.</li> </ol> <p>Ponadto, do programu lekowego kwalifikują się pacjenci, którzy rozpoczęli leczenie dupilumabem w ramach innego sposobu finansowania, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia</p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie dupilumabu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) badania biochemiczne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) stężenie kreatyniny,</li> <li>b) stężenie mocznika,</li> <li>c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),</li> <li>d) stężenie AIAT,</li> <li>e) stężenie AspAT;</li> </ol> </li> <li>3) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;</li> <li>4) RTG klatki piersiowej, ważność badania 1 rok;</li> <li>5) EKG;</li> <li>6) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI;</li> <li>7) ocena nasilenia zmian BSA;</li> <li>8) ocena jakości życia wg DLQI;</li> <li>9) próba ciążyowa u kobiet w wieku rozrodczym.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p><b>2.1. Badania po 16 tygodniach (+/- 7 dni), a następnie co 3 miesiące (+/- 7 dni):</b></p>

spełniali kryteria kwalifikacji oraz jednocześnie nie spełniali kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.

## **2. Kryteria uniemożliwiające włączenie do programu**

- 1) aktywne zakażenie pasożytnicze lub infekcja, która w opinii lekarza jest przeciwwskazaniem do terapii dupilumabem;
- 2) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą;
- 3) ciąża lub laktacja.

## **3. Kryteria wyłączenia z programu**

- 1) brak adekwatnej odpowiedzi ocenianej po 16 tygodniach leczenia dupilumabem rozumiane jako:
  - a) nieuzyskanie co najmniej 50% redukcji wskaźnika oceny kwestionariuszem Eczema Area and Severity Index score (EASI)oraz
  - b) nieuzyskanie poprawy jakości życia ocenionej za pomocą skali DLQI o minimum 4-punkty w stosunku do wartości początkowych z kwalifikacji;
- 2) nadwrażliwość na dupilumab;
- 3) ciąża lub laktacja;
- 4) niestosowanie się pacjenta do zaleceń lekarskich;
- 5) spełnienie któregośkolwiek z kryteriów uniemożliwiających włączenie do programu.

## **4. Określenie czasu leczenia w programie**

Leczenie należy kontynuować do momentu podjęcia przez lekarza decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu zgodnie z

- 1) morfologia krwi z rozmazem
- 2) badania biochemiczne:
  - a) stężenie kreatyniny,
  - b) stężenie mocznika,
  - c) stężenie białka C-reaktywnego (CRP),
  - d) stężenie AIAT,
  - e) stężenie AspAT,
- 3) ocena ogólnego stanu zdrowia pacjenta na podstawie wywiadu;
- 4) ocena nasilenia objawów choroby wg EASI;
- 5) ocena jakości życia wg DLQI.

## **3. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;
- 2) uzupełnienie danych zawartych w elektronicznym systemie monitorowania programów lekowych (SMPT), dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

kryteriami określonymi w punkcie 3.

**5. Ponowne włączenie do programu**

Do programu może być ponownie włączony pacjent, u którego zaprzestano podawania dupilumabu i zastosowano go zgodnie z treścią programu z powodu wystąpienia działań niepożądanych, które ustąpiły po odstawieniu leku bądź zastosowanym leczeniu.

Do programu mogą zostać włączane, bez konieczności ponownej kwalifikacji, pacjentki wyłączone z programu z powodu ciąży lub laktacji, które w momencie wyłączenia nie spełniały innych kryteriów wyłączenia z programu. Pacjentki te w momencie ponownego włączania do programu nie mogą spełniać żadnego z kryteriów wyłączenia.



## LECZENIE CHORYCH NA ZAAWANSOWANEGO RAKA KOLCZYSTOKOMÓRKOWEGO SKÓRY CEMIPIMABEM (ICD-10: C44.12, C44.22, C44.32, C44.42, C44.52, C44.62, C44.72, C44.82, C44.92)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p>Kwalifikacja świadczeniobiorców do programu przeprowadzana jest przez Zespół Koordynacyjny ds. Leczenia Chorych na Raka Kolczystokomórkowego Skóry, powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>1.1. histologicznie potwierdzona obecność raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym, przy braku kwalifikacji do radykalnego leczenia chirurgicznego lub radykalnej radioterapii;</p> <p>1.2. wiek <math>\geq 18</math> roku życia;</p> <p>1.3. adekwatna wydolność narządowa określona na podstawie badań laboratoryjnych krwi:</p> <p>1) wyniki badań czynności wątroby:</p> <p>a) stężenie bilirubiny całkowitej nieprzekraczające 2-krotnie górnej granicy normy (GGN) lub w przypadku pacjentów z udokumentowanym zespołem Gilberta nieprzekraczające 3-krotnie GGN</p> <p>b) aktywność transaminaz (alaninowej i asparaginowej) w surowicy nieprzekraczające 3-krotnie GGN,</p>	<p>Dawkowanie cemiplimabu zgodnie z aktualną Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p> <p>Zalecane dawkowanie cemiplimabu to 350 mg co 3 tyg. we wlewie dożylnym przez 30 min.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) histologiczne potwierdzenie raka kolczystokomórkowego skóry z przerzutami lub w stadium miejscowo-zaawansowanym nieresekcyjnym;</li> <li>2) badanie przedmiotowe;</li> <li>3) ocena sprawności w skali ECOG;</li> <li>4) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>5) oznaczenia stężenia kreatyniny;</li> <li>6) oznaczenie stężenia bilirubiny;</li> <li>7) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;</li> <li>8) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;</li> <li>9) oznaczenie TSH i FT4;</li> <li>10) test ciąży z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);</li> <li>11) ocena rozległości zmian w badaniu przedmiotowym wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala);</li> <li>12) badanie TK lub MR w przypadku wskazań klinicznych, dla głębokości naciekania nowotworowego lub udokumentowania zmian przerzutowych, ocena RECIST 1.1;</li> </ol>

2) wynik czynności nerek:

a) stężenie kreatyniny w surowicy nieprzekraczające 2,0 mg/dL,

3) wynik czynności szpiku kostnego:

a) stężenie hemoglobiny co najmniej 8,5 g/dl

b) liczba neutrofilii (ANC) co najmniej 1000/ $\mu$ l

c) liczba płytek krwi co najmniej 75000/ $\mu$ l;

1.4. kobiety w wieku rozrodczym i mężczyźni muszą spełniać wymogi antykoncepcji zawarte w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;

1.5. wykluczenie ciąży lub karmienia piersią;

1.6. wykluczenie przeciwwskazań opisanych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego.

Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.

## 2. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu świadczeniobiorcy z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia.

## 3. Kryteria wyłączenia z programu

1) nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą;

2) ciąża lub karmienie piersią;

3) nieprzestrzeganie zaleceń programu zapobiegania ciąży zawartego w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego przez kobiety w wieku rozrodczym i mężczyzn;

4) obecność innych przeciwwskazań do zastosowania cemiplimabu zawartych w aktualnej Charakterystyce Produktu Leczniczego;

13) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania obrazowe lub dokumentacja fotograficzna muszą umożliwić obiektywną ocenę odpowiedzi na leczenie.

## 2. Monitorowanie bezpieczeństwa leczenia

1) morfologia krwi z rozmazem;

2) oznaczenia stężenia kreatyniny;

3) oznaczenie stężenia bilirubiny;

4) oznaczenie aktywności aminotransferazy alaninowej;

5) oznaczenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej;

6) oznaczenie TSH i FT4;

7) test ciążowy z próbki krwi u kobiet w wieku rozrodczym (wynik ważny 4 dni);

8) inne badania w razie wskazań klinicznych.

Badania wykonuje się w czasie 6 pierwszych tygodni leczenia, a następnie przed decyzją o kontynuowaniu leczenia.

## 3. Monitorowanie skuteczności leczenia

### 3.1. U pacjentów z miejscowo zaawansowanym (nieresekcyjnym) rakiem kolczystokomórkowym skóry:

1) ocena kliniczna wraz z dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala) co 9-12 tyg. oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby;

2) badania TK lub MR odpowiedniego obszaru w przypadku miejscowo zaawansowanego SCC ze zmianami mierzalnymi wg RECIST 1.1 w zależności od sytuacji klinicznej oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby;

- 5) utrzymująca się lub nawracająca nieakceptowalna toksyczność powyżej 3 stopnia według kryteriów CTC (Common Toxicity Criteria);
- 6) obniżenie sprawności do stopnia 3-4 według kryteriów ECOG;
- 7) pogorszenie jakości życia o istotnym znaczeniu według oceny lekarza lub pacjenta;
- 8) rezygnacja pacjenta – wycofanie zgody na leczenie;
- 9) brak współpracy pacjenta z lekarzem.

Ponadto, w celu zapewnienia kontynuacji terapii cemiplimabem są kwalifikowani również pacjenci uprzednio leczeni cemiplimabem (w ramach innego sposobu finansowania) o ile na dzień rozpoczęcia terapii spełnili kryteria kwalifikacji określone w punkcie 1 i nie spełnili kryteriów wyłączenia z leczenia określonych w punkcie 3.

3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

Dla oceny zmian skórnych stosuje się złożony punkt końcowy obejmujący ocenę danych radiologicznych wg. RECIST 1.1 i cyfrowych zdjęć medycznych (kryteria WHO).

Progresję choroby stwierdza się w przypadku zwiększenia sumy najdłuższych wymiarów widocznych zmian o 20% lub pojawienia się nowej zmiany, które nie wykazuje cech gojenia do następnej wizyty kontrolnej. W przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST1.1.

### **3.2. U pacjentów z rakiem kolczystokomórkowym skóry z przerzutami:**

- 1) ocena kliniczna wraz z cyfrową dokumentacją fotograficzną widocznych zmian (na zdjęciu widoczna skala) nie rzadziej niż co 9-12 tyg. oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby;
- 2) badanie TK lub MR odpowiedniego obszaru – w zależności od sytuacji klinicznej oraz w chwili wyłączenia z programu, o ile wyłączenie z programu nie nastąpiło z powodu udokumentowanej progresji choroby; w przypadku zmian mierzalnych odpowiedź jest zdefiniowana według kryteriów RECIST 1.1;
- 3) inne badania obrazowe w razie wskazań klinicznych.

### **4. Monitorowanie programu**

- 1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;

		<p>2) uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</p> <p>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.</p>
--	--	---

## LECZENIE PACJENTÓW Z AUTOSOMALNIE DOMINUJĄCĄ POSTACIĄ ZWYRODNIENIA WIELOTORBIELOWATEGO NEREK (ICD-10: Q61.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji (łącznie)</b></p> <p>1) rozpoznanie autosomalnie dominującej postaci zwyrodnienia wielotorbielowatego nerek (ADPKD) na podstawie badania w rezonansie magnetycznym lub na podstawie badania USG (kryteria Pei-Ravine);</p> <p>2) wiek <math>\geq 18</math>. roku życia;</p> <p>3) szybka progresja choroby definiowana jako:</p> <p style="padding-left: 20px;">a) zmniejszenie eGFR <math>\geq 5</math> ml/min na rok oraz eGFR 30- 90 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>,</p> <p style="padding-left: 20px;">lub</p> <p style="padding-left: 20px;">b) zmniejszenie eGFR <math>\geq 2,5</math> ml/min na rok w okresie 5 lat oraz eGFR 30- 60 ml/min/1,73 m<sup>2</sup>,</p> <p style="padding-left: 20px;">lub</p> <p style="padding-left: 20px;">c) wzrost całkowitej objętości nerek TKV <math>&gt; 5\%</math> na rok w badaniu rezonansem magnetycznym lub całkowita objętość jednej z nerek TKV <math>&gt; 750</math> ml w badaniu rezonansem magnetycznym lub długość większej nerki <math>&gt; 16,5</math> cm w badaniu USG.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Dawkowanie oraz kryteria i sposób modyfikacji dawkowania tolwaptanu zgodnie z aktualną na dzień wydania decyzji Charakterystyką Produktu Leczniczego.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <p>1) eGFR;</p> <p>2) całkowita objętość nerek określona na podstawie rezonansu magnetycznego lub USG;</p> <p>3) stężenie bilirubiny całkowitej;</p> <p>4) aktywność AlAT, AspAT;</p> <p>5) stężenie elektrolitów w surowicy.</p> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <p>1) co miesiąc przez pierwsze 18 miesięcy leczenia, a następnie co 3 miesiące – stężenie bilirubiny całkowitej, aktywność AlAT, AspAT;</p> <p>2) co najmniej co 3 miesiące – stężenie sodu i potasu w surowicy, stężenie kreatyniny i eGFR;</p> <p>3) raz na 3 lata – objętość nerek oceniona w rezonansie magnetycznym, jeżeli nie występują przeciwwskazania do tego badania;</p> <p>4) raz na 3 lata – ultrasonograficzna ocena wymiarów nerek.</p> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p>

Czas leczenia w programie określa lekarz na podstawie kryteriów włączenia i kryteriów wyłączenia z programu.

### 3. Kryteria wyłączenia

- 1) nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą lub na benzodiazepinę lub pochodne benzodiazepiny;
- 2) zwiększona aktywność enzymów wątrobowych lub przedmiotowe lub podmiotowe objawy uszkodzenia wątroby, które spełniają kryteria przerwania na stałe leczenia tolwaptanem określone zgodnie z Charakterystyką Produktu Leczniczego;
- 3) uzyskanie eGFR<15ml;
- 4) zmniejszenie objętości wewnątrznaczyniowej pod postacią objawowego niedociśnienia tętniczego lub ciężkiego odwodnienia;
- 5) hipematremia;
- 6) brak prawidłowego odczucia pragnienia lub brak adekwatnej reakcji na pragnienie, określonej na podstawie badania podmiotowego;
- 7) ciąża lub karmienie piersią.

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej chorego danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ);
- 2) Uzupełnienie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez Oddział Wojewódzki NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez NFZ.

**LECZENIE DOROSŁYCH CHORYCH NA CIĘŻKĄ ANEMIEJĘ APLASTYCZNĄ (ICD-10: D61)**

<b>ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO</b>		
<b>ŚWIADCZENIOBIORCY</b>	<b>SCHEMAT DAWKOWANIA LEKÓW W PROGRAMIE</b>	<b>BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU</b>
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek 18 lat i powyżej;</li> <li>2) rozpoznanie nabytej ciężkiej postaci niedokrwistości aplastycznej;</li> <li>3) oporność na wcześniejsze leczenie immunosupresyjne lub przebyte wcześniejsze intensywne leczenie i brak kwalifikacji do transplantacji krwiotwórczych komórek macierzystych;</li> <li>4) liczba płytek krwi <math>\leq 30\ 000/\mu\text{l}</math>;</li> <li>5) brak nieprawidłowości cytogenetycznych dotyczących chromosomu 7.</li> </ol> <p>Kryteria kwalifikacji muszą być spełnione łącznie.</p> <p>Ponadto do programu lekowego, w celu zapewnienia kontynuacji terapii, kwalifikowani są również pacjenci, którzy byli leczeni eltrombopagiem w ramach innego sposobu finansowania terapii, pod warunkiem, że w chwili rozpoczęcia leczenia spełniali kryteria kwalifikacji do programu lekowego.</p> <p><b>2. Określenie czasu leczenia w programie</b></p> <p>Leczenie trwa do czasu podjęcia przez lekarza prowadzącego decyzji o wyłączeniu pacjenta z programu, zgodnie z kryteriami wyłączenia z programu określonymi w pkt. 3.</p>	<p><b>1. Dawkowanie eltrombopagu</b></p> <p>Leczenie eltrombopagiem należy rozpocząć od dawki 50 mg raz na dobę. U pacjentów pochodzenia wschodnioazjatyckiego leczenie eltrombopagiem należy rozpocząć od dawki wynoszącej 25 mg raz na dobę.</p> <p>Osiągnięcie odpowiedzi hematologicznej wymaga stopniowego zwiększania dawki, na ogół do wysokości 150 mg, co może zająć do 16 tygodni od rozpoczęcia leczenia eltrombopagiem. Dawkę należy dostosowywać, w razie konieczności zwiększając ją o 50 mg co 2 tygodnie, aby uzyskać liczbę płytek krwi <math>\geq 50\ 000/\mu\text{l}</math>. U pacjentów przyjmujących dawkę 25 mg raz na dobę, przed rozpoczęciem zwiększania dawki o 50 mg, należy zwiększyć dawkę do 50 mg na dobę. Nie należy przekraczać dawki 150 mg na dobę. Należy regularnie monitorować parametry hematologiczne i czynność wątroby przez cały czas trwania leczenia eltrombopagiem i modyfikować dawkowanie eltrombopagu w zależności od liczby płytek krwi, zgodnie z zapisami zawartymi w aktualnej na dzień</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji do leczenia eltrombopagiem</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) morfologia krwi z rozmazem;</li> <li>2) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita);</li> <li>3) badania umożliwiające wykluczenie innych stanów klinicznych przebiegających z małopłytkowością, w szczególności MDS;</li> <li>4) biopsja aspiracyjna szpiku z badaniem cytogenetycznym oraz trepanobiopsja;</li> <li>5) badanie okulistyczne;</li> <li>6) test ciążowy u kobiet w wieku rozrodczym.</li> </ol> <p><b>2. Monitorowanie leczenia</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badania przeprowadzane w okresie dostosowania dawki: wykonywane co 2 tygodnie: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji,</li> <li>b) morfologia krwi z rozmazem;</li> </ol> </li> <li>2) badania przeprowadzane po ustaleniu stabilnej dawki: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wykonywane co 1 miesiąc;</li> </ol> </li> </ol>

<p><b>3. Kryteria wyłączenia z programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) nadwrażliwość na eltrombopag lub którąkolwiek substancję pomocniczą;</li> <li>2) brak odpowiedzi hematologicznej po 16 tygodniach leczenia;</li> <li>3) wystąpienie nieprawidłowości cytogenetycznych stanowiących przeciwwskazanie do kontynuacji leczenia eltrombopagiem;</li> <li>4) wystąpienie nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii;</li> <li>5) Zaburzenia czynności wątroby w skali Child-Pugh <math>\geq 5</math>;</li> <li>6) istotne zwiększenie się aktywności AlAT (<math>\geq 3 \times</math> GGN u pacjentów z prawidłową czynnością wątroby, lub z wynikiem <math>\geq 3 \times</math> wartość wyjściowa lub <math>&gt; 5 \times</math> GGN, którykolwiek z nich jest niższy, w przypadku pacjentów ze zwiększoną aktywnością transaminaz przed rozpoczęciem leczenia) w przypadkach, gdy przekroczenie normy: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) będzie narastać</li> <li>albo</li> <li>b) będzie utrzymywać się <math>\geq 4</math> tygodni,</li> <li>albo</li> <li>c) będzie związane ze zwiększeniem stężenia bilirubiny bezpośrednio,</li> <li>albo</li> <li>d) będzie związane z objawami klinicznymi uszkodzenia wątroby lub objawami dekompensacji wątroby;</li> </ol> </li> <li>7) ciąża;</li> <li>8) karmienie piersią.</li> </ol>	<p>wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p> <p>U pacjentów, którzy uzyskają odpowiedź trójliniową, w tym niezależnie od transfuzji, trwającą przynajmniej 8 tygodni: dawkę eltrombopagu można zmniejszyć o 50%. Jeśli liczba komórek nie zmieni się po 8 tygodniach przy zmniejszonej dawce leku, eltrombopag trzeba odstawić i monitorować liczbę komórek krwi (morfologię krwi). Jeśli liczba płytek krwi spadnie do wartości <math>&lt; 30\ 000/\mu\text{l}</math>, stężenie hemoglobiny zmniejszy się do <math>&lt; 9\ \text{g/dl}</math> lub całkowita liczba neutrofilii wyniesie <math>&lt; 0,5 \times 10^9 /\text{l}</math>, można wznowić leczenie eltrombopagiem we wcześniej stosowanej skutecznej dawce.</p> <p>Kryteria i sposób modyfikacji dawkowania dla szczególnych grup pacjentów określone są w aktualnej na dzień wydania decyzji Charakterystyce Produktu Leczniczego.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia krwi z rozmazem,</li> <li>– parametry czynności wątroby (AlAT, AspAT, bilirubina całkowita. W przypadku podwyższonego stężenia bilirubiny badanie jej frakcji);</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>3) badania przeprowadzane w przypadku wystąpienia nowych lub postępujących nieprawidłowości morfologicznych lub cytopenii: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznym i trepanobiopsja (z oceną włóknienia);</li> </ol> </li> <li>4) badania przeprowadzane w okresie czasowego przerwania leczenia: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) wykonywane raz w tygodniu do czasu poprawy wyników: <ul style="list-style-type: none"> <li>– morfologia krwi z rozmazem;</li> </ul> </li> </ol> </li> <li>5) badanie wykonywane co 3 miesiące: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) okresowa kontrola okulistyczna;</li> </ol> </li> <li>6) biopsja aspiracyjna szpiku kostnego z badaniem cytogenetycznym po 3 miesiącach leczenia, a następnie biopsja aspiracyjna szpiku kostnego zbadaniem cytogenetycznym i trepanobiopsja po 9 miesiącach od rozpoczęcia leczenia.</li> </ol> <p><b>3. Monitorowanie programu</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia;</li> <li>2) uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia;</li> <li>3) przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych</li> </ol>
---	---	---



		do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.
--	--	--

## LECZENIE CHORYCH NA OSTRĄ PORFIRIĘ WĄTROBOWĄ (AHP) U DOROSŁYCH I MŁODZIEŻY W WIEKU OD 12 LAT (ICD-10: E80.2)

ZAKRES ŚWIADCZENIA GWARANTOWANEGO		
ŚWIADCZENIOBIORCY	MAKSYMALNE DAWKOWANIE LEKÓW I CZAS LECZENIA	BADANIA DIAGNOSTYCZNE WYKONYWANE W RAMACH PROGRAMU
<p><b>1. Kryteria kwalifikacji</b></p> <p>Kwalifikacji świadczeniobiorców do terapii dokonuje Zespół Koordynacyjny powoływany przez Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.</p> <p>Kwalifikacja do programu odbywa się w oparciu o ocenę stanu klinicznego pacjenta.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) wiek <math>\geq 12</math> lat;</li> <li>2) udokumentowana diagnoza ostrej porfirii wątrobowej (AIP – ostra porfiria przerywana, HCP – dziedziczna koproporfiria, VP – porfiria mieszana, ADP – porfiria z niedoborem dehydratazy kwasu aminolewulinowego) na podstawie stanu klinicznego, co najmniej 1 udokumentowana wartość porfobilinogenu (PBG) lub delta-kwasu aminolewulinowego (ALA) w moczu lub osoczu <math>\geq 4 \times</math> górna granica normy (GGN) w ciągu ostatniego roku przed kwalifikacją do programu lub w jego trakcie oraz jedno z poniższych: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) udokumentowana obecność genetycznych mutacji w genie związanym z ostrą porfirią wątrobową (AHP), zdefiniowanym jako dowolny z poniższych: <ul style="list-style-type: none"> <li>– AIP: mutacja w genie <i>HMBS</i>,</li> <li>– HCP: mutacja w genie <i>CPOX</i>,</li> </ul> </li> </ol> </li> </ol>	<p><b>1. Dawkowanie</b></p> <p>Maksymalna dawka giwosyranu sodowego wynosi 2,5 mg/kg m.c. raz na miesiąc we wstrzyknięciu podskórnym wg zasad opisanych w ChPL.</p>	<p><b>1. Badania przy kwalifikacji</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) badanie przedmiotowe, w tym masa ciała, wzrost, BMI, ECOG, ciśnienie tętnicze krwi, częstość akcji serca;</li> <li>2) badania laboratoryjne: <ol style="list-style-type: none"> <li>a) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym,</li> <li>b) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, fosforany, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, stężenie jonów chlorkowych, lipaza, amylaza, ferrytyna),</li> <li>c) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia),</li> <li>d) koagulogram: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR);</li> </ol> </li> <li>3) badanie ogólne moczu;</li> <li>4) w przypadku kobiet w wieku rozrodczym – oznaczenie beta hCG (gonadotropina kosmówkowa) w moczu lub krwi;</li> <li>5) ALA i PBG (w moczu);</li> <li>6) badanie w kierunku HIV: test przesiewowy HIV Ag/Ab umożliwiające wykrycie antygeny p24 oraz przeciwciał anty-HIV 1/2, HBV HBsAg i HBcAb, a w przypadku dodatniego</li> </ol>

- VP: mutacja w genie *PPOX*,
  - ADP: mutacja w genach homozygotycznych lub złożonych genów heterozygotycznych *ALAD*,
- b) cechy kliniczne pacjenta oraz diagnostyczne kryteria biochemiczne wskazujące na AHP, nawet jeżeli jeśli wyniki badań genetycznych pacjenta nie wykazały mutacji w genie związanym z porfirią (<5%);
- 3) aktywna choroba, z co najmniej 2 atakami porfirii wymagającymi hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych w ciągu 6 miesięcy przed kwalifikacją do programu;
- 4) gotowość do przestrzegania wymogów związanych z kontrolą urodzeń w okresie leczenia.

## 2. Kryteria stanowiące przeciwwskazania do włączenia do programu

Obecne co najmniej jedno z poniższych kryteriów podczas kwalifikacji do programu:

- 1) ALT >2×GGN,
- 2) bilirubina całkowita (TBL)>1,5×GGN (dla pacjentów z zespołem Gilberta TBL>2xGGN),
- 3) INR>1,5 (dla pacjentów przyjmujących leki przeciwzakrzepowe INR>3,5);
- 4) eGFR <15ml/min/1,73m<sup>2</sup> przy zastosowaniu wzoru MDRD;
- 5) reakcje alergiczne na oligonukleotydy lub GalNAc w wywiadzie;
- 6) nietolerancja iniekcji podskórnych w wywiadzie;
- 7) aktywne zakażenie HIV lub potwierdzone obecne lub przewlekłe zakażenie HCV lub HBV;

wyniku HBsAg lub HBcAb badanie HBV-DNA, i HCV (anty-HCV, a w przypadku dodatniego wyniku HCV RNA);

7) ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12.

## 2. Monitorowanie leczenia

### 2.1. Raz na miesiąc:

- 1) pełna morfologia krwi ze wzorem odsetkowym;
- 2) badania biochemiczne (sód, potas, mocznik, kreatynina i eGFR, albumina, kwas moczowy, wapń, białko całkowite, glukoza, lipaza, amylaza, ferrytyna)- badania przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne;
- 3) badania czynności wątroby: AspAT, ALAT, ALP, bilirubina (całkowita i bezpośrednia)- przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne;
- 4) badania krzepliwości krwi: czas protrombinowy (PT), czas częściowej tromboplastyny po aktywacji (APTT), ocena D-dimerów, międzynarodowy współczynnik znormalizowany (INR) - przez pierwszych 6 miesięcy, a następnie raz na pół roku lub gdy są wskazania kliniczne.

### 2.2. Raz na 6 miesięcy:

- 1) Ocena jakości życia mierzona w skali PCS SF-12;
- 2) Poziom ALA i PBG w moczu.

### 2.3. Raz na rok:

- 1) Ocena skuteczności terapii:

- 8) ciąży lub planowanie ciąży w trakcie leczenia;
- 9) karmienie piersią;
- 10) każdy stan który w opinii lekarza sprawiłby, że pacjent mógłby nie przyjąć odpowiedniej dawki lub który mógłby zakłócać zgodność, bezpieczeństwo pacjenta lub udział pacjenta w programie (np. nadużywanie alkoholu lub substancji psychoaktywnych, ale także niestabilne zaburzenia sercowo-naczyniowe, neurologiczne, żołądkowo-jelitowe, endokrynologiczne, nerek lub zaburzenia psychiatryczne niezwiązane z porfirią, zidentyfikowane na podstawie nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych lub wywiadu medycznego);
- 11) nawracające zapalenie trzustki lub ostre zapalenie trzustki w wywiadzie z aktywnością choroby w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed kwalifikacją do programu.

### 3. Określenie czasu leczenia w programie

Leczenie powinno trwać do czasu wystąpienia niemożliwej do zaakceptowania toksyczności lub braku skuteczności terapii.

### 4. Kryteria wyłączenia z programu

- 1) brak odpowiedzi na leczenie zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 6 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL;
- 2) brak skuteczności leczenia zdefiniowany jako wzrost PBG i ALA w moczu w porównaniu z poziomem wyjściowym po 12 miesiącach leczenia miesięcznymi iniekcjami zgodnie z ChPL;

- a) roczny wskaźnik napadów porfirii (AAR) w postaci napadów wymagających hospitalizacji lub podania heminy w warunkach szpitalnych,
- b) liczba dni stosowania heminy rocznie,
- c) poziom ALA i PBG w moczu,
- d) jakość życia mierzona w skali PCS SF-12.

Weryfikacja skuteczności leczenia odbywa się w oparciu o w/w kryteria oraz ocenę stanu klinicznego pacjenta dokonywaną przez Zespół Koordynacyjny.

### 3. Monitorowanie programu

- 1) Gromadzenie w dokumentacji medycznej pacjenta danych dotyczących monitorowania leczenia i każdorazowe ich przedstawianie na żądanie kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia.
- 2) Uzupełnianie danych zawartych w rejestrze (SMPT) dostępnym za pomocą aplikacji internetowej udostępnionej przez OW NFZ, z częstotliwością zgodną z opisem programu oraz na zakończenie leczenia, w tym przekazywanie danych dotyczących wskaźników skuteczności terapii (pkt. 2.3).
- 3) Przekazywanie informacji sprawozdawczo-rozliczeniowych do NFZ: informacje przekazuje się do NFZ w formie papierowej lub w formie elektronicznej, zgodnie z wymaganiami opublikowanymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>3) brak skuteczności leczenia stwierdzony przez Zespół Koordynacyjny na podstawie punktu 1) albo 2) powyżej;</li><li>4) klinicznie istotne podwyższenie wartości w wynikach badań czynności wątroby zgodnie z oceną lekarza prowadzącego;</li><li>5) eGFR &lt;15ml/min/1,73m<sup>2</sup> przy zastosowaniu wzoru MDRD;</li><li>6) zakażenie HIV, HCV lub HBV;</li><li>7) zapalenie trzustki;</li><li>8) nadwrażliwość na lek;</li><li>9) ciąża;</li><li>10) karmienie piersią.</li></ol> |  |  |
|--|--|--|

C. Leki, stosowane w ramach chemioterapii w całym zakresie zarejestrowanych wskazań i przeznaczeń oraz we wskazaniu określonym stanem klinicznym

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1	Acidum levofolinicum	Levofolic, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990648818	2019-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	56,16	58,97	58,97	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
2	Acidum levofolinicum	Levofolic, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 9 ml	05909990648825	2019-07-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	126,36	132,68	132,68	C.0.01.	bezpłatny	0 zł
3	Acidum zoledronicum	Osporil, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 fiol.po 100 ml	05909991228392	2021-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	91,80	96,39	94,12	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
4	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.	05055565711958	<1>2022-01-01/<2>2021-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	83,16	87,32	87,32	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
5	Acidum zoledronicum	Zoledronic Acid Accord, roztwór do infuzji, 4 mg/100 ml	1 worek po 100 ml	05909991377717	2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	83,16	87,32	87,32	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
6	Acidum zoledronicum	Zomikos, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 4 mg/5 ml	1 fiol.po 5 ml	05909990948994	<1>2021-07-01/<2>2021-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1117.0, bisfosfoniary - kwas zoledronowy	89,64	94,12	94,12	<1>C.68.; <2>C.68.b.	bezpłatny	0 zł
7	Anagrelidum	Anagrelid Aurovitas, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991386436	2020-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	410,40	430,92	430,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
8	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991359850	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	540,00	567,00	567,00	C.72.	bezpłatny	0 zł
9	Anagrelidum	Anagrelide Accord, kaps. twarde, 1 mg	100 szt.	05909991359867	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1080,00	1134,00	1134,00	C.72.	bezpłatny	0 zł
10	Anagrelidum	Anagrelide Bioton, kapsulki twarde, 0,5 mg	100 kaps.	05909991362157	2019-03-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	550,80	578,34	578,34	C.72.	bezpłatny	0 zł
11	Anagrelidum	Anagrelide Bluefish, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991422929	2021-09-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	356,40	374,22	374,22	C.72.	bezpłatny	0 zł
12	Anagrelidum	Anagrelide Glenmark, kapsulki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05902020241652	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	410,40	430,92	430,92	C.72.	bezpłatny	0 zł
13	Anagrelidum	Anagrelide Mylan, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 kaps.	05901797710033	2019-03-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	648,00	680,40	578,34	C.72.	bezpłatny	0 zł
14	Anagrelidum	Anagrelide Ranbaxy, kapsułki twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991362140	2021-11-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	432,00	453,60	453,60	C.72.	bezpłatny	0 zł
15	Anagrelidum	Anagrelide Stada, kapsulki twarde, 0,5 mg	100 kaps.	05909991355135	2019-03-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	550,80	578,34	578,34	C.72.	bezpłatny	0 zł
16	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 0,5 mg	100 szt.	05909991354480	2021-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	550,80	578,34	578,34	C.72.	bezpłatny	0 zł
17	Anagrelidum	Anagrelide Vipharm, kaps. twarde, 1 mg	100 szt.	05909991354503	2021-05-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	1101,60	1156,68	1156,68	C.72.	bezpłatny	0 zł
18	Anagrelidum	Thromboeductin, kaps., 0,5 mg	100 szt.	05909990670154	2022-01-01	3 lata	1053.0, Anagrelidum	486,00	510,30	510,30	C.72.	bezpłatny	0 zł
19	Aprepitantum	Aprepitant Accord, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991400576	2020-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	84,24	88,45	68,04	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
20	Aprepitantum	Aprepitant Mylan, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991352547	2020-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	81,54	85,62	68,04	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
21	Aprepitantum	Aprepitant Sandoz, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991360818	2019-11-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	95,04	99,79	68,04	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
22	Aprepitantum	Aprepitant Stada, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991412715	2021-05-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	59,40	62,37	62,37	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
23	Aprepitantum	Aprepitant Teva, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909991383169	2019-09-01	3 lata	1114.0, Aprepitant	64,80	68,04	68,04	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
24	Aprepitantum	Emend, kaps. twarde, 125 mg; 80 mg	3 kaps. (1 kaps. 125 mg + 2 kaps. 80 mg)	05909990007387	2020-09-01	5 lat	1114.0, Aprepitant	64,80	68,04	68,04	C.0.12.	bezpłatny	0 zł
25	Arsenicum trioxidum	Trisenox, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	10 amp.po 10 ml	05909990016433	<1>2020-03-01/<2>2021-01-01/<3>2021-05-01	<1><2>3 lata/<3>3 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	7290,00	7654,50	7654,50	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
26	Arsenii trioxidum	Arsenic trioxide Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	10 fiolek	05055565763643	2020-11-01	<1><2>3 lata/<3>>2 lata	1109.0, Trójtlenek arsenu	7290,00	7654,50	7654,50	<1>C.65.a.; <2>C.65.b.; <3>C.65.c.	bezpłatny	0 zł
27	Azacididine	Azacididine Mylan, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05901797710859	2021-05-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	537,84	564,73	564,73	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
28	Azacidinum	Azacididine Accord, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05055565758359	2020-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	631,80	663,39	663,39	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
29	Azacidinum	Azacididine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991452001	2021-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	518,40	544,32	544,32	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
30	Azacidinum	Azacididine Pharmascience, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 150 mg	05909991451998	2021-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	777,60	816,48	816,48	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
31	Azacidinum	Azacididine Sandoz, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol.	07613421045159	2021-11-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	516,24	542,05	542,05	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
32	Azacidinum	Vidaza, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909990682706	2019-11-01	3 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	1100,79	1155,83	663,39	C.69.a.	bezpłatny	0 zł
33	Azacidinum	Zassida, proszek do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 25 mg/ml	1 fiol. a 100 mg	05909991454845	2022-01-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1118.0, Leki przeciwnowotworowe – antymetabolity – analogi pirymidyny – azacytydyna	421,20	442,26	442,26	<1>C.69.a.; <2>C.69.b.	bezpłatny	0 zł
34	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991198183	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	1566,00	1644,30	1644,30	C.67.	bezpłatny	0 zł
35	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991198145	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	391,50	411,08	411,08	C.67.	bezpłatny	0 zł
36	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (100 mg)	05902020241508	2020-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	2484,00	2608,20	1644,30	C.67.	bezpłatny	0 zł
37	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Glenmark, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol. (25 mg)	05902020241492	2020-09-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	621,00	652,05	411,08	C.67.	bezpłatny	0 zł
38	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 100 mg	05909991267285	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	838,08	879,98	879,98	C.67.	bezpłatny	0 zł
39	Bendamustini hydrochloridum	Bendamustine Zentiva, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 2,5 mg/ml	5 fiol.po 25 mg	05909991267292	2022-01-01	3 lata	1115.0, Bendamustyna	209,52	220,00	220,00	C.67.	bezpłatny	0 zł
40	Bicalutamidum	Bicalutamide Accord, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990851188	2019-07-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	18,36	19,28	19,28	C.2.	bezpłatny	0 zł
41	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	05909990697427	2019-05-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	156,71	164,55	161,61	C.2.	bezpłatny	0 zł
42	Bicalutamidum	Binabic, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990696963	2019-11-01	3 lata	1002.0, Bicalutamidum	51,30	53,87	53,87	C.2.	bezpłatny	0 zł
43	Bleomycini sulphas	Bleomedac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 15000 IU/fiolkę	1 fiol.po 10 ml	05909990946983	2019-07-01	3 lata	1003.0, Bleomycinum	97,20	102,06	102,06	C.3.	bezpłatny	0 zł
44	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol. 6 ml	05055565749142	2020-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	249,48	261,95	194,40	C.76.	bezpłatny	0 zł
45	Bortezomibum	Bortezomib Accord, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05055565718339	2021-09-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	648,00	680,40	680,40	C.76.	bezpłatny	0 zł
46	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05906414000771	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	301,32	316,39	194,40	C.76.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
47	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 2,5 mg	1 fiol.	05900411003193	2020-03-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	623,70	654,89	486,00	C.76.	bezpłatny	0 zł
48	Bortezomibum	Bortezomib Adamed, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05906414000788	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	1020,60	1071,63	680,40	C.76.	bezpłatny	0 zł
49	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05902020241461	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	172,80	181,44	181,44	C.76.	bezpłatny	0 zł
50	Bortezomibum	Bortezomib Glenmark, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05902020241478	2021-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	604,80	635,04	635,04	C.76.	bezpłatny	0 zł
51	Bortezomibum	Bortezomib medac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909991382124	2020-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	172,80	181,44	181,44	C.76.	bezpłatny	0 zł
52	Bortezomibum	Bortezomib medac, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991382131	2020-01-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	270,00	283,50	283,50	C.76.	bezpłatny	0 zł
53	Bortezomibum	Bortezomib SUN, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol.	05909991351762	2019-11-01	3 lata	1054.0, Bortezomib	216,00	226,80	226,80	C.76.	bezpłatny	0 zł
54	Bortezomibum	Bortezomib Zentiva, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol. proszku	05909991250829	<1>2020-01-01/<2>2021-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1054.0, Bortezomib	131,76	138,35	138,35	<1>C.76.; <2>C.76.b.	bezpłatny	0 zł
55	Bortezomibum	Bortezomib Zentiva, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 3,5 mg	1 fiol. proszku	05909991250812	<1>2020-01-01/<2>2021-03-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1054.0, Bortezomib	211,68	222,26	222,26	<1>C.76.; <2>C.76.b.	bezpłatny	0 zł
56	Busulfanum	Myleran, tabl. powł., 2 mg	100 szt.	05909990277926	2019-07-01	3 lata	1101.0, Busulfanum	368,00	386,40	386,40	C.4.	bezpłatny	0 zł
57	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 10 ml	05907626707564	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	20,52	21,55	21,55	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
58	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 100 ml	05907626707601	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	162,00	170,10	170,10	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
59	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05907626707571	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	35,64	37,42	37,42	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
60	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 35 ml	05907626707588	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	62,37	65,49	65,49	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
61	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05907626707540	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	10,26	10,77	10,77	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
62	Calcii folinas	Calcium folinate Sandoz, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 50 ml	05907626707595	2017-09-01	5 lat	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	81,00	85,05	85,05	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
63	Calcii folinas	Calciumfolinat-Ebewe, kaps. twarde, 15 mg	20 szt.	05909990356713	2019-11-01	3 lata	1093.0, pochodne i sole kwasu folinowego	21,60	22,68	22,68	C.0.02.	bezpłatny	0 zł
64	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05055565707531	<1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	74,52	78,25	68,04	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
65	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 300 mg	60 szt.	05055565709153	<1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	149,04	156,49	136,08	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
66	Capecitabinum	Capecitabine Accord, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05055565707548	<1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	432,00	453,60	453,60	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
67	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powł., 150 mg	60 szt.	05909991004736	<1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	75,49	79,26	68,04	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
68	Capecitabinum	Capecitabine Glenmark, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909991004699	<1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	503,28	528,44	453,60	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
69	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powł., 150 mg	60 tabl.	05909991011079	<1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	113,40	119,07	68,04	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
70	Capecitabinum	Ecansya, tabl. powł., 500 mg	120 tabl.	05909991011239	<1>2019-03-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	756,00	793,80	453,60	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
71	Capecitabinum	Xeloda, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05909990893515	<1>2019-07-01/<2>2020-09-01/<3>2022-01-01	<1><2>3 lata/<3>2 lata	1006.0, Capecitabinum	585,36	614,63	453,60	<1>C.5.a.; <2>C.5.b.; <3>C.5.c.	bezpłatny	0 zł
72	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 100 ml	05909990816194	2021-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	257,04	269,89	269,89	C.6.	bezpłatny	0 zł
73	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 15 ml	05909990816163	2021-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	39,96	41,96	41,96	C.6.	bezpłatny	0 zł
74	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 45 ml	05909990816170	2021-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	102,06	107,16	107,16	C.6.	bezpłatny	0 zł
75	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909990816156	2021-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	18,25	19,16	19,16	C.6.	bezpłatny	0 zł
76	Carboplatinum	Carbomedac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 60 ml	05909990816187	2021-05-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	170,64	179,17	179,17	C.6.	bezpłatny	0 zł
77	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909990450015	2017-09-01	5 lat	1005.0, Carboplatinum	24,62	25,85	25,85	C.6.	bezpłatny	0 zł
78	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 15 ml	05909990450022	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	45,90	48,20	48,20	C.6.	bezpłatny	0 zł
79	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 45 ml	05909990450039	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	139,32	146,29	146,29	C.6.	bezpłatny	0 zł
80	Carboplatinum	Carboplatin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 60 ml	05909990662753	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	186,84	196,18	196,18	C.6.	bezpłatny	0 zł
81	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 15 ml	05909990776733	2021-03-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	36,72	38,56	38,56	C.6.	bezpłatny	0 zł
82	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. a 45 ml	05909990776740	2021-03-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	104,76	110,00	110,00	C.6.	bezpłatny	0 zł
83	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909990776726	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	12,74	13,38	13,38	C.6.	bezpłatny	0 zł
84	Carboplatinum	Carboplatin Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. po 60 ml	05909990851058	2019-07-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	131,76	138,35	138,35	C.6.	bezpłatny	0 zł
85	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. po 15 ml	05909990477425	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	41,90	44,00	44,00	C.6.	bezpłatny	0 zł
86	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. po 45 ml	05909990477432	2022-01-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	102,06	107,16	107,16	C.6.	bezpłatny	0 zł
87	Carboplatinum	Carboplatin Pfizer, roztwór do wstrzykiwań, 10 mg/ml	1 fiol. po 5 ml	05909990477418	2019-07-01	3 lata	1005.0, Carboplatinum	24,84	26,08	26,08	C.6.	bezpłatny	0 zł
88	Chlorambucilum	Leukeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990345618	2019-07-01	3 lata	1099.0, Chlorambucilum	79,36	83,33	83,33	C.8.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
89	Ciclosporinum	Sandimmun , koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg/ml	10 amp. po 1 ml	05909990119813	2022-01-01	3 lata	1007.0, Ciclosporinum	118,80	124,74	124,74	C.10.	bezpłatny	0 zł
90	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.a 100 ml	05909990958535	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	71,28	74,84	74,84	C.11.	bezpłatny	0 zł
91	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990958481	2019-11-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	9,03	9,48	9,48	C.11.	bezpłatny	0 zł
92	Cisplatinum	Cisplatin-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990958504	2019-11-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	42,12	44,23	44,23	C.11.	bezpłatny	0 zł
93	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990838745	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	6,26	6,57	6,57	C.11.	bezpłatny	0 zł
94	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 100 ml	05909990894772	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	62,64	65,77	65,77	C.11.	bezpłatny	0 zł
95	Cisplatinum	Cisplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990838769	2021-03-01	3 lata	1008.0, Cisplatinum	31,32	32,89	32,89	C.11.	bezpłatny	0 zł
96	Cladribinum	Biodribin, roztwór do infuzji, 10 mg	1 fiol.po 10 ml	05909990713417	2019-07-01	3 lata	1009.0, Cladribinum	493,34	518,01	518,01	C.12.	bezpłatny	0 zł
97	Clofarabinum	Clofarabine Norameda, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909991385569	2019-07-01	3 lata	1111.0, Klofarabina	2808,00	2948,40	2948,40	<1>C.66.a.; <2> C.66.b.	bezpłatny	0 zł
98	Clofarabinum	Evoltra, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990710997	<1>2019-05-01/<2>2021-05-01	3 lata	1111.0, Klofarabina	3785,72	3975,01	2948,40	<1>C.66.a.; <2> C.66.b.	bezpłatny	0 zł
99	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1000 mg	1 fiol.	05909990241019	2022-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	54,96	57,71	57,71	C.13.	bezpłatny	0 zł
100	Cyclophosphamidum	Endoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 200 mg	1 fiol.	05909990240913	2022-01-01	3 lata	1010.1, Cyclophosphamidum inj.	14,58	15,31	11,54	C.13.	bezpłatny	0 zł
101	Cyclophosphamidum	Endoxan, tabl. drażowane, 50 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990240814	2022-01-01	3 lata	1010.2, Cyclophosphamidum p.o.	72,52	76,15	76,15	C.13.	bezpłatny	0 zł
102	Cytarabinum	Alexan, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990640188	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	8,42	8,84	8,84	C.14.	bezpłatny	0 zł
103	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990181216	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	42,12	44,23	44,23	C.14.	bezpłatny	0 zł
104	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990181223	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	84,24	88,45	88,45	C.14.	bezpłatny	0 zł
105	Cytarabinum	Alexan, roztwór do infuzji, 50 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990624935	2022-01-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	168,48	176,90	176,90	C.14.	bezpłatny	0 zł
106	Cytarabinum	Cytosar, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań, 100 mg	1 fiol.z prosz. + 1 amp.z rozp.	05909990154715	2019-07-01	3 lata	1011.1, Cytarabinum	11,03	11,58	11,58	C.14.	bezpłatny	0 zł
107	Dacarbazinum	Detimedac 100 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 100 mg	10 fiol.po 100 mg	05909991029500	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	151,20	158,76	158,76	C.16.	bezpłatny	0 zł
108	Dacarbazinum	Detimedac 1000 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.po 1000 mg	05909991029807	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	151,20	158,76	158,76	C.16.	bezpłatny	0 zł
109	Dacarbazinum	Detimedac 200 mg, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji, 200 mg	10 fiol.po 200 mg	05909991029609	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	302,40	317,52	317,52	C.16.	bezpłatny	0 zł
110	Dacarbazinum	Detimedac 500 mg, proszek do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 500 mg	05909991029708	2021-07-01	3 lata	1012.0, Dacarbazinum	75,60	79,38	79,38	C.16.	bezpłatny	0 zł
111	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990739035	2021-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	2771,17	2909,73	2909,73	C.0.03.	bezpłatny	0 zł
112	Darbepoetinum alfa	Aranesp, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	1 wstrz.po 1 ml	05909990340330	2021-07-01	3 lata	1043.1, czynniki stymulujące erytropoezę - darbepoetyna	2771,17	2909,73	2909,73	C.0.03.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
113	Dexamethasoni phosphas	Demezón, roztwór do wstrzykiwań, 8 mg/ml	1 amp. 2,5 ml	05907464420755	2020-09-01	3 lata	1161.0, Deksametazon w postaci do wstrzykiwań	14,58	15,31	15,31	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
114	Dexamethasoni phosphas	Dexamethasone phosphate SF, roztwór do wstrzykiwań, 4 mg/ml	5 amp. 1 ml	05907464420700	2021-05-01	3 lata	1161.0, Deksametazon w postaci do wstrzykiwań	18,36	19,28	15,31	C.0.17.	bezpłatny	0 zł
115	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 16 ml	05909990850280	2019-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	432,00	453,60	453,60	C.19.	bezpłatny	0 zł
116	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990777006	2019-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	54,00	56,70	56,70	C.19.	bezpłatny	0 zł
117	Docetaxelum	Docetaxel - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990777020	2019-07-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	216,00	226,80	226,80	C.19.	bezpłatny	0 zł
118	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990994557	2020-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	32,40	34,02	34,02	C.19.	bezpłatny	0 zł
119	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990994564	2020-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	129,60	136,08	136,08	C.19.	bezpłatny	0 zł
120	Docetaxelum	Docetaxel Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 8 ml	05909990994601	2020-03-01	3 lata	1013.0, Docetaxelum	259,20	272,16	272,16	C.19.	bezpłatny	0 zł
121	Doxorubicini hydrochloridum	Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990471027	2022-01-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	36,72	38,56	38,56	C.20.	bezpłatny	0 zł
122	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg	1 fiol.po 5 ml	05909990429011	2019-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	8,64	9,07	9,07	C.20.	bezpłatny	0 zł
123	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990614837	2019-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	82,08	86,18	86,18	C.20.	bezpłatny	0 zł
124	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 100 ml	05909990614844	2019-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	164,16	172,37	172,37	C.20.	bezpłatny	0 zł
125	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 25 ml	05909990429028	2019-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	41,04	43,09	43,09	C.20.	bezpłatny	0 zł
126	Doxorubicini hydrochloridum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991141882	2021-11-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	61,56	64,64	64,64	C.20.	bezpłatny	0 zł
127	Doxorubicinum	Adriblastina PFS, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990471010	2019-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	10,93	11,48	11,48	C.20.	bezpłatny	0 zł
128	Doxorubicinum	Caelyx / Caelyx pegylated liposomal, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990983018	2019-05-01	3 lata	1014.3, Doxorubicinum liposomanum pegylatum	1462,86	1536,00	1536,00	C.22.	bezpłatny	0 zł
129	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 25 ml	05909990851393	2021-03-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	30,24	31,75	31,75	C.20.	bezpłatny	0 zł
130	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909990851409	2019-07-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	120,96	127,01	127,01	C.20.	bezpłatny	0 zł
131	Doxorubicinum	Doxorubicinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990851386	2019-03-01	3 lata	1014.1, Doxorubicinum	6,70	7,04	7,04	C.20.	bezpłatny	0 zł
132	Doxorubicinum	Myocet / Myocet liposomal, proszek, dyspersja i rozpuszczalnik do koncentratu do sporządzania dyspersji do infuzji, 50 mg	2 zest. po 3 fiol. (1 proszek + 1 liposomy + 1 bufor)	05909990213559	<1>2019-07-01/<2>2021-01-01	3 lata	1014.2, Doxorubicinum liposomanum nonpegylatum	3580,20	3759,21	3759,21	<1>C.21.a.; <2>C.21.b.	bezpłatny	0 zł
133	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991104344	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	540,00	567,00	567,00	C.23.	bezpłatny	0 zł
134	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991104320	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	135,00	141,75	141,75	C.23.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
135	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991104313	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	27,00	28,35	28,35	C.23.	bezpłatny	0 zł
136	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991104337	2022-01-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	270,00	283,50	283,50	C.23.	bezpłatny	0 zł
137	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05909990796373	2021-11-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	24,84	26,08	26,08	C.23.	bezpłatny	0 zł
138	Epirubicini hydrochloridum	Epirubicin Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991029869	2019-07-01	3 lata	1015.0, Epirubicinum	164,16	172,37	172,37	C.23.	bezpłatny	0 zł
139	Epoetinum alfa	Binocrit, roztwór do wstrzykiwań, 5000 j.m./0,5 ml	6 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990072477	2020-01-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropozę	648,00	680,40	680,40	C.0.04.	bezpłatny	0 zł
140	Epoetinum beta	NeoRecomon, roztwór do wstrzykiwań, 30000 j.m.	1 amp.-strz.	05909990007134	2019-07-01	3 lata	1043.0, czynniki stymulujące erytropozę	846,18	888,49	888,49	C.0.05.	bezpłatny	0 zł
141	Erlotinibi hydrochloridum	Erlotinib Krka, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	03838989722128	2020-11-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	720,00	756,00	756,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
142	Erlotinibi hydrochloridum	Erlotinib Krka, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	03838989722135	2020-11-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	1080,00	1134,00	1134,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
143	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991417680	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	721,08	757,13	756,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
144	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909991417697	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	1080,00	1134,00	1134,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
145	Erlotinibum	Erlotinib Zentiva, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909991417673	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	388,80	408,24	189,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
146	Erlotinibum	Tarceva, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990334278	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	6588,00	6917,40	756,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
147	Erlotinibum	Tarceva, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990334285	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	8208,00	8618,40	1134,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
148	Erlotinibum	Tarceva, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990334261	2020-09-01	3 lata	1085.0, Erlotinib	1965,60	2063,88	189,00	C.81.	bezpłatny	0 zł
149	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.po 5 ml	05909990776115	2019-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	20,52	21,55	21,55	C.24.	bezpłatny	0 zł
150	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 200 mg	1 fiol.po 10 ml	05909990776214	2019-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	41,04	43,09	43,09	C.24.	bezpłatny	0 zł
151	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 400 mg	1 fiol.po 20 ml	05909990776313	2019-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	82,08	86,18	86,18	C.24.	bezpłatny	0 zł
152	Etoposidum	Etoposid - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 50 mg	1 fiol.po 2,5 ml	05909990776016	2019-07-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	12,31	12,93	12,93	C.24.	bezpłatny	0 zł
153	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991233297	2019-05-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	30,13	31,64	31,64	C.24.	bezpłatny	0 zł
154	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909991233303	2019-05-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	60,37	63,39	63,39	C.24.	bezpłatny	0 zł
155	Etoposidum	Etopozyd Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909991198121	2020-03-01	3 lata	1016.0, Etoposidum	11,88	12,47	12,47	C.24.	bezpłatny	0 zł
156	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713846	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	57,24	60,10	58,32	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
157	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713860	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	286,20	300,51	291,60	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
158	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726068	2019-05-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	400,68	420,71	408,24	C.0.06.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
159	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	1 amp.-strz.	05055565713853	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	91,58	96,16	93,31	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
160	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05055565713877	2018-01-01	5 lat	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	457,92	480,82	466,56	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
161	Filgrastimum	Accofil, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	7 amp.-strz.	05055565726075	2019-05-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	641,09	673,14	653,18	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
162	Filgrastimum	Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 12 mln j./0,2 ml	5 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990904747	2019-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	87,77	92,16	92,16	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
163	Filgrastimum	Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j.m./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990904778	2019-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	206,28	216,59	216,59	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
164	Filgrastimum	Nivestim, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j.m./0,5 ml	5 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990904808	2019-07-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	330,04	346,54	346,54	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
165	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687763	2022-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	81,32	85,39	58,32	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
166	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 30 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05909990687787	2021-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	219,45	230,42	230,42	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
167	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990687800	2022-01-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	115,52	121,30	93,31	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
168	Filgrastimum	Zarzio, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 48 mln j./0,5 ml	5 amp.-strz.	05909990687848	2021-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	351,17	368,73	368,73	C.0.06.	bezpłatny	0 zł
169	Fludarabini phosphas	Fludara Oral, tabl. powł., 10 mg	20 szt. (4 blist.po 5 szt.)	05909991183325	2019-07-01	3 lata	1017.2, Fludarabinum p.o.	1555,20	1632,96	1632,96	C.25.	bezpłatny	0 zł
170	Fluorouracilum	5-Fluorouracil - Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 1000 mg	1 fioł.po 20 ml	05909990450633	2019-07-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	14,57	15,30	15,20	C.26.	bezpłatny	0 zł
171	Fluorouracilum	5-Fluorouracil-Ebewe, roztwór do wstrzykiwań i infuzji, 500 mg	1 fioł.po 100 ml	05909990336258	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	72,36	75,98	75,98	C.26.	bezpłatny	0 zł
172	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fioł. a 10 ml	05909990774784	2021-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	6,05	6,35	6,35	C.26.	bezpłatny	0 zł
173	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fioł. a 100 ml	05909990774807	2021-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	60,48	63,50	63,50	C.26.	bezpłatny	0 zł
174	Fluorouracilum	Fluorouracil Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 50 mg/ml	1 fioł. a 20 ml	05909990774791	2021-03-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	12,10	12,71	12,71	C.26.	bezpłatny	0 zł
175	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fioł.po 10 ml	05909990477814	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	7,45	7,82	7,60	C.26.	bezpłatny	0 zł
176	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fioł.po 100 ml	05909990478019	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	72,36	75,98	75,98	C.26.	bezpłatny	0 zł
177	Fluorouracilum	Fluorouracil medac, roztwór do wstrzykiwań, 50 mg/ml	1 fioł.po 20 ml	05909990477913	2022-01-01	3 lata	1018.0, Fluorouracilum	14,36	15,08	15,08	C.26.	bezpłatny	0 zł
178	Fulvestrantum	Faslodex, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły z syst.osł.	05909990768875	2019-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	2700,00	2835,00	633,91	C.27.	bezpłatny	0 zł
179	Fulvestrantum	Fulvestrant EVER Pharma, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml	05909991411022	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	518,40	544,32	544,32	C.27.	bezpłatny	0 zł
180	Fulvestrantum	Fulvestrant Glenmark, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991441777	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	603,72	633,91	633,91	C.27.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
181	Fulvestrantum	Fulvestrant Mylan, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05901797710026	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	518,40	544,32	544,32	C.27.	bezpłatny	0 zł
182	Fulvestrantum	Fulvestrant Pharmascience, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991441630	2021-05-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	614,52	645,25	633,91	C.27.	bezpłatny	0 zł
183	Fulvestrantum	Fulvestrant Sandoz, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991250683	2021-05-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	621,00	652,05	633,91	C.27.	bezpłatny	0 zł
184	Fulvestrantum	Fulvestrant Stada, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991422189	2021-09-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	507,60	532,98	532,98	C.27.	bezpłatny	0 zł
185	Fulvestrantum	Fulvestrant SUN, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991389765	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	518,40	544,32	544,32	C.27.	bezpłatny	0 zł
186	Fulvestrantum	Fulvestrant Teva, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991317331	2021-01-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	777,60	816,48	633,91	C.27.	bezpłatny	0 zł
187	Fulvestrantum	Fulvestrant Zentiva, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml	05909991441562	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	518,40	544,32	544,32	C.27.	bezpłatny	0 zł
188	Fulvestrantum	Fulvestrant Accord, roztwór do wstrzykiwań, 250 mg/5 ml	2 amp.-strz.po 5 ml + 2 igły	05909991399221	2021-07-01	3 lata	1019.0, Fulvestrant	516,24	542,05	542,05	C.27.	bezpłatny	0 zł
189	Gefitynibum	Gefitynib Accord, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909991400781	2019-09-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	1350,00	1417,50	1360,80	C.80.	bezpłatny	0 zł
190	Gefitynibum	Gefitynib Alvogen, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05350586001683	2019-09-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	1296,00	1360,80	1360,80	C.80.	bezpłatny	0 zł
191	Gefitynibum	Gefitynib Genoptim, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909991385651	2019-09-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	1350,00	1417,50	1360,80	C.80.	bezpłatny	0 zł
192	Gefitynibum	Gefitynib Glenmark, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05902020241676	2019-09-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	1296,00	1360,80	1360,80	C.80.	bezpłatny	0 zł
193	Gefitynibum	Gefitynib Krka, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	03837000183290	2019-09-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	1296,00	1360,80	1360,80	C.80.	bezpłatny	0 zł
194	Gefitynibum	Gefitynib Mylan, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05901797710439	2019-09-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	1350,00	1417,50	1360,80	C.80.	bezpłatny	0 zł
195	Gefitynibum	Gefitynib Sandoz, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	07613421021696	2019-11-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	1080,00	1134,00	1134,00	C.80.	bezpłatny	0 zł
196	Gefitynibum	Iressa, tabl. powł., 250 mg	30 szt.	05909990717231	2019-05-01	3 lata	1087.0, Gefitynibum	6561,00	6889,05	1360,80	C.80.	bezpłatny	0 zł
197	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990976089	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	81,00	85,05	85,05	C.28.	bezpłatny	0 zł
198	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990976096	2019-07-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	118,80	124,74	124,74	C.28.	bezpłatny	0 zł
199	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990976072	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	17,82	18,71	18,71	C.28.	bezpłatny	0 zł
200	Gemcitabinum	Gemcitabinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990976102	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	162,00	170,10	170,10	C.28.	bezpłatny	0 zł
201	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990871032	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	102,60	107,73	107,73	C.28.	bezpłatny	0 zł
202	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990870998	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	27,00	28,35	28,35	C.28.	bezpłatny	0 zł
203	Gemcitabinum	Gemsol, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 40 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990871049	2022-01-01	3 lata	1020.0, Gemcitabinum	205,20	215,46	215,46	C.28.	bezpłatny	0 zł
204	Hydroxycarbamidum	Hydroxycarbamid Teva, kaps., 500 mg	100 kaps. w butelce	05909990836758	2022-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	64,58	67,81	67,81	C.29.	bezpłatny	0 zł
205	Hydroxycarbamidum	Hydroxyurea medac, kaps. twarde, 500 mg	100 szt.	05909990944927	2022-01-01	3 lata	1021.0, Hydroxycarbamidum	86,12	90,43	90,43	C.29.	bezpłatny	0 zł
206	Idarubicini hydrochloridum	Zavedos, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05415062342206	2021-07-01	3 lata	1022.0, Idarubicinum	658,45	691,37	691,37	C.30.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
207	Idarubicini hydrochloridum	Zavedos, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05415062342190	2021-07-01	3 lata	1022.0, Idarubicinum	352,87	370,51	345,69	C.30.	bezpłatny	0 zł
208	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 g	1 fiol.	05909990241118	2019-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	120,42	126,44	126,44	C.31.	bezpłatny	0 zł
209	Ifosfamidum	Holoxan, proszek do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 2 g	1 fiol.	05909990241217	2019-07-01	3 lata	1023.0, Ifosfamidum	217,62	228,50	228,50	C.31.	bezpłatny	0 zł
210	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05055565726983	2020-09-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	216,00	226,80	226,80	C.70.a.; C.70.b.; C.70.c.	bezpłatny	0 zł
211	Imatinibum	Imatinib Accord, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05055565726990	2020-09-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	432,00	453,60	453,60	C.70.a.; C.70.b.; C.70.c.	bezpłatny	0 zł
212	Imatinibum	Imatinib Aurovitas, tabletki powlekane, 100 mg	60 szt.	05909991353261	2019-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	172,80	181,44	181,44	C.70.a.; C.70.b.; C.70.c.	bezpłatny	0 zł
213	Imatinibum	Imatinib Aurovitas, tabletki powlekane, 400 mg	30 szt.	05909991353353	2019-03-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	345,60	362,88	362,88	C.70.a.; C.70.b.; C.70.c.	bezpłatny	0 zł
214	Imatinibum	Imatinib Aurovitas, tabletki powlekane, 400 mg	90 szt.	05909991353384	2019-07-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	1034,64	1086,37	1086,37	C.70.a.; C.70.b.; C.70.c.	bezpłatny	0 zł
215	Imatinibum	Meaxin, tabl. powł., 100 mg	60 szt.	05909991053895	<1><2>2021-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	302,40	317,52	311,85	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
216	Imatinibum	Meaxin, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991053963	<1><2>2021-01-01/<3>2021-07-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	604,80	635,04	623,70	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
217	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 100 mg	60 szt.	05909991051181	<1><2>2021-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	297,00	311,85	311,85	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
218	Imatinibum	Nibix, kaps. twarde, 400 mg	30 szt.	05909991051259	<1><2>2021-01-01/<3>2021-09-01/<4>2022-01-01	3 lata	1064.1, Imatynib -2	594,00	623,70	623,70	<1>C.70.a.; <2>C.70.b.; <3>C.70.c.	bezpłatny	0 zł
219	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Camppto, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990645060	2019-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	1061,62	1114,70	1114,70	C.35.	bezpłatny	0 zł
220	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Camppto, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990645176	2019-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	161,59	169,67	169,67	C.35.	bezpłatny	0 zł
221	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Camppto, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990645183	2019-07-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	419,75	440,74	440,74	C.35.	bezpłatny	0 zł
222	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05055565731345	2017-03-01	5 lat	1025.0, Irinotecanum	162,00	170,10	170,10	C.35.	bezpłatny	0 zł
223	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05055565731321	2017-03-01	5 lat	1025.0, Irinotecanum	21,60	22,68	22,68	C.35.	bezpłatny	0 zł
224	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05055565731352	2017-03-01	5 lat	1025.0, Irinotecanum	270,00	283,50	283,50	C.35.	bezpłatny	0 zł
225	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05055565731338	2017-03-01	5 lat	1025.0, Irinotecanum	54,00	56,70	56,70	C.35.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
226	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 15 ml	05909990796946	2019-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	138,24	145,15	145,15	C.35.	bezpłatny	0 zł
227	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990726943	2019-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	20,43	21,45	21,45	C.35.	bezpłatny	0 zł
228	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990796953	2019-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	216,00	226,80	226,80	C.35.	bezpłatny	0 zł
229	Irinotecani hydrochloridum trihydricum	Irinotecan Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 20 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990726950	2019-05-01	3 lata	1025.0, Irinotecanum	44,82	47,06	47,06	C.35.	bezpłatny	0 zł
230	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094614	<1>2022-01-01/<2>2020-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	4447,02	4669,37	4669,37	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
231	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094416	<1>2022-01-01/<2>2020-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	2676,67	2810,50	2810,50	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
232	Lanreotidum	Somatuline Autogel, roztwór do wstrzykiwań, 90 mg	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909991094515	<1>2022-01-01/<2>2020-09-01	3 lata	1026.1, analogi somatostatyny - lanreotyd	3557,83	3735,72	3735,72	<1>C.37.a.; <2>C.37.b.	bezpłatny	0 zł
233	Melphalanum	Alkeran, tabl. powł., 2 mg	25 szt.	05909990283514	2019-07-01	3 lata	1098.0, Melphalanum	111,95	117,55	117,55	C.39.	bezpłatny	0 zł
234	Mercaptopurinum	Mercaptopurinum VIS, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990186112	2022-01-01	3 lata	1027.0, Mercaptopurinum	26,46	27,78	27,78	C.40.	bezpłatny	0 zł
235	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909991392086	2019-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	150,12	157,63	157,63	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
236	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp. po 4 ml	05909991438647	2021-05-01	3 lata	1046.0, Mesnum	146,88	154,22	154,22	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
237	Mesnum	Uromitexan, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/ml	15 amp.po 4 ml	05909990265831	2019-07-01	3 lata	1046.0, Mesnum	201,10	211,16	157,63	C.0.08.	bezpłatny	0 zł
238	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990453924	2019-07-01	3 lata	1028.3, Methotrexatum p.o	32,36	33,98	33,98	C.41.	bezpłatny	0 zł
239	Methotrexatum	Methotrexat - Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990333936	2022-01-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	378,00	396,90	297,68	C.41.	bezpłatny	0 zł
240	Methotrexatum	Metotreksat Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909991333447	2019-09-01	3 lata	1028.2, Methotrexatum inj.	283,50	297,68	297,68	C.41.	bezpłatny	0 zł
241	Mitotanium	Lysodren, tabl., 500 mg	100 tabl.	05909990335237	2019-07-01	3 lata	1030.0, Mitotanium	2662,20	2795,31	2795,31	C.43.	bezpłatny	0 zł
242	Nelarabinum	Atriance, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.a 50 ml	07613421036027	2021-07-01	3 lata	1128.0, Nelarabina	1080,00	1134,00	1134,00	C.73.	bezpłatny	0 zł
243	Nelarabinum	Atriance, roztwór do infuzji, 5 mg/ml	6 fiol.a 50 ml	05909990056736	2019-07-01	3 lata	1128.0, Nelarabina	6480,00	6804,00	6804,00	C.73.	bezpłatny	0 zł
244	Netupitantum + Palonosetroni hydrochloridum	Akynzeo, kaps. twarde, 300+0,5 mg	1 szt.	05909991246563	<1>2021-01-01/<2>2021-07-01	<1>3 lata/<2>2 lata	1154.0, Netupitant, palonosetron	276,48	290,30	290,30	<1>C.0.16.a.; <2>C.0.16.b.	bezpłatny	0 zł
245	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416461	2021-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	560,76	588,80	588,80	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
246	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416485	2021-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1121,53	1177,61	1177,59	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
247	Octreotidum	Okteva, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do wstrzykiwań o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	1 fiol. proszku + 1 amp.-strzyk. rozp.	05909991416508	2021-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	1682,28	1766,39	1766,39	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
248	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 100 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042913	2022-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	43,20	45,36	29,44	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
249	Octreotidum	Sandostatin, roztwór do wstrzykiwań/do infuzji, 50 µg/ml	5 amp.po 1 ml	05909990042715	2022-01-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	32,40	34,02	14,72	C.45.a.	bezpłatny	0 zł
250	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 10 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459711	<1>2022-01-01/<2>2020-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	777,60	816,48	588,80	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
251	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 20 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459612	<1>2019-07-01/<2>2020-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	2678,40	2812,32	1177,59	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
252	Octreotidum	Sandostatin LAR, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania zawiesiny do wstrzykiwań, 30 mg	1 fiol. + 1 amp.-strz. z rozp. 2 ml	05909990459513	<1>2019-07-01/<2>2020-11-01	3 lata	1026.0, analogi somatostatyny	4017,60	4218,48	1766,39	<1>C.45.a.; <2>C.45.b.	bezpłatny	0 zł
253	Ondansetronum	Atossa, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990744510	2019-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	34,56	36,29	36,29	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
254	Ondansetronum	Ondansetron Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	5 amp. po 2 ml	05909990822225	2021-03-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	6,37	6,69	5,67	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
255	Ondansetronum	Ondansetron Accord, roztwór do wstrzykiwań lub infuzji, 2 mg/ml	5 amp. po 4 ml	05909990822249	2021-03-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	12,74	13,38	11,34	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
256	Ondansetronum	Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990055197	2022-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	6,37	6,69	5,67	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
257	Ondansetronum	Ondansetron Kabi 2 mg/ml roztwór do wstrzykiwań, roztwór do wstrzykiwań, 2 mg/ml	5 amp.po 4 ml	05909990055234	2022-01-01	3 lata	1047.1, ondansetronum inj.	10,80	11,34	11,34	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
258	Ondansetronum	Setronon, tabl. powł., 8 mg	10 szt. (1 blist.po 10 szt.)	05909990994717	2019-07-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	34,45	36,17	36,17	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
259	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 4 mg	10 szt.	05909990001811	2022-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	30,78	32,32	32,32	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
260	Ondansetronum	Zofran, tabl. powł., 8 mg	10 szt.	05909990001910	2022-01-01	3 lata	1047.2, ondansetronum p.o.	49,57	52,05	52,05	C.0.09.	bezpłatny	0 zł
261	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 10 ml	05909990798247	2022-01-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	30,78	32,32	32,32	C.46.	bezpłatny	0 zł
262	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 20 ml	05909990798254	2022-01-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	61,56	64,64	64,64	C.46.	bezpłatny	0 zł
263	Oxaliplatinum	Oxaliplatin Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol.po 40 ml	05909990827381	2022-01-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	123,12	129,28	129,28	C.46.	bezpłatny	0 zł
264	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 10 ml	05909990796151	2021-03-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	31,86	33,45	32,32	C.46.	bezpłatny	0 zł
265	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 20 ml	05909990796168	2021-03-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	63,72	66,91	64,64	C.46.	bezpłatny	0 zł
266	Oxaliplatinum	Oxaliplatinum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 5 mg/ml	1 fiol. a 40 ml	05909990827206	2021-03-01	3 lata	1031.0, Oxaliplatinum	127,44	133,81	129,28	C.46.	bezpłatny	0 zł
267	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	05909990874361	2019-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	51,30	53,87	53,87	C.47.	bezpłatny	0 zł
268	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990874385	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	67,39	70,76	70,76	C.47.	bezpłatny	0 zł
269	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990874347	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	25,38	26,65	26,65	C.47.	bezpłatny	0 zł
270	Paclitaxelum	Paclitaxel Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990874408	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	135,00	141,75	141,75	C.47.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
271	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 16,7 ml	05909990018390	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	108,00	113,40	113,40	C.47.	bezpłatny	0 zł
272	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909990018406	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	145,80	153,09	153,09	C.47.	bezpłatny	0 zł
273	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990018383	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	32,40	34,02	34,02	C.47.	bezpłatny	0 zł
274	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 50 ml	05909990018420	2022-01-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	324,00	340,20	340,20	C.47.	bezpłatny	0 zł
275	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 16,7 ml	05909990840274	2021-03-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	48,60	51,03	51,03	C.47.	bezpłatny	0 zł
276	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 5 ml	05909990840267	2021-03-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	14,58	15,31	15,31	C.47.	bezpłatny	0 zł
277	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol. a 50 ml	05909990840281	2021-03-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	145,80	153,09	153,09	C.47.	bezpłatny	0 zł
278	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 100 ml	05909991037093	2019-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	259,20	272,16	272,16	C.47.	bezpłatny	0 zł
279	Paclitaxelum	Paclitaxelum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 6 mg/ml	1 fiol.po 25 ml	05909991037086	2019-07-01	3 lata	1032.0, Paclitaxelum	72,90	76,55	76,55	C.47.	bezpłatny	0 zł
280	Pegaspargasum	Oncaspar, proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań/ do infuzji, 750 j.m./ml	1 fiol. proszku	00642621070989	2021-05-01	2 lata	1033.0, Pegaspargasum	7203,06	7563,21	7563,21	C.48.	bezpłatny	0 zł
281	Pegfilgrastimum	Grasustek, roztwór do wstrzykiwań, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	04260582610011	2020-09-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1620,00	1701,00	1360,80	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
282	Pegfilgrastimum	Pelgraz, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05055565748640	2021-11-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1296,00	1360,80	1360,80	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
283	Pegfilgrastimum	Pelmeg, roztwór do wstrzykiwań, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05909991390471	2019-05-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1771,20	1859,76	1360,80	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
284	Pegfilgrastimum	Ziextenzo, roztwór do wstrzykiwań w ampułko-strzykawce, 6 mg/0,6 ml	1 amp.-strzyk.	05907626708905	2019-03-01	3 lata	1045.0, czynniki stymulujące granulopoezę	1836,00	1927,80	1360,80	C.0.10.	bezpłatny	0 zł
285	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 270 µg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990984718	<1>2019-07-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	534,79	561,53	561,53	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
286	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 360 µg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990984817	<1>2019-07-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	707,99	743,39	743,39	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
287	Peginterferonum alfa-2a	Pegasys, roztwór do wstrzykiwań, 90 µg/0,5 ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml (+igła)	05902768001013	<1>2021-03-01/<2>2021-07-01/<3>2020-09-01	<1>3 lata/<2><3>2 lata	1074.1, Peginterferonum alfa 2a	348,32	365,74	365,74	<2>C.79.a.; <3>C.79.b.	bezpłatny	0 zł
288	Pemetreksedum	Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol. proszku	05909991289362	2020-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	129,60	136,08	136,08	C.49.	bezpłatny	0 zł
289	Pemetreksedum	Pemetreksed SUN, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol. proszku	05909991289379	2020-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	648,00	680,40	680,40	C.49.	bezpłatny	0 zł
290	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05055565724613	2019-05-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	302,40	317,52	136,08	C.49.	bezpłatny	0 zł
291	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 1000 mg	1 fiol.	05055565724736	2019-05-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	2376,00	2494,80	1360,80	C.49.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
292	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiolka 20 ml	05055565768969	2021-11-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	647,95	680,35	680,35	C.49.	bezpłatny	0 zł
293	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiolka 4 ml	05055565768952	2021-11-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	129,59	136,07	136,07	C.49.	bezpłatny	0 zł
294	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiolka 40 ml	05055565768976	2021-11-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	1295,89	1360,68	1360,68	C.49.	bezpłatny	0 zł
295	Pemetreksedum	Pemetrexed Accord, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.	05055565724620	2019-05-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1512,00	1587,60	680,40	C.49.	bezpłatny	0 zł
296	Pemetreksedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 100 mg	1 fiol.	05909991289393	2020-09-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	286,20	300,51	136,08	C.49.	bezpłatny	0 zł
297	Pemetreksedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.	05909991289409	2020-09-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	1501,20	1576,26	680,40	C.49.	bezpłatny	0 zł
298	Pemetreksedum	Pemetrexed Sandoz, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 10 ml	05907626706079	2019-05-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	280,80	294,84	136,08	C.49.	bezpłatny	0 zł
299	Pemetreksedum	Pemetrexed Sandoz, proszek do sporządzania koncentratu roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05907626706086	2019-03-01	3 lata	1034.0, Pemetreksed	1890,00	1984,50	680,40	C.49.	bezpłatny	0 zł
300	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 20 ml	05909991444174	2022-01-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	647,95	680,35	680,35	C.49.	bezpłatny	0 zł
301	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 4 ml	05909991444167	2022-01-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	129,59	136,07	136,07	C.49.	bezpłatny	0 zł
302	Pemetrexedum	Pemetrexed Fresenius Kabi, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 25 mg/ml	1 fiol. 40 ml	05909991444181	2022-01-01	2 lata	1034.0, Pemetreksed	1295,89	1360,68	1360,68	C.49.	bezpłatny	0 zł
303	Plerixaforum	Mozobil, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/ml	1 fiol.po 1,2 ml	05909990728473	2021-07-01	3 lata	1126.0, Pteryksafor	18856,80	19799,64	19799,64	C.71.	bezpłatny	0 zł
304	Posaconazolium	Noxafil, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909990335244	<1>2021-05-01/<2>2021-09-01/<3>2020-09-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	2503,09	2628,24	679,27	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
305	Posaconazolium	Posaconazole AHCL, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05055565754351	2021-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	648,00	680,40	679,27	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
306	Posaconazolium	Posaconazole Glenmark, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	08595112678152	2020-11-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	734,40	771,12	679,27	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
307	Posaconazolium	Posaconazole Mylan, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05901797710743	2020-03-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	648,00	680,40	679,27	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
308	Posaconazolium	Posaconazole Sandoz, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	07613421033408	2020-03-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	907,20	952,56	679,27	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
309	Posaconazolium	Posaconazole Stada, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991368562	2020-09-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	646,92	679,27	679,27	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
310	Posaconazolium	Posaconazole Teva, zawiesina doustna, 40 mg/ml	105 ml	05909991422059	2021-01-01	3 lata	1125.0, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - posaconazol	680,40	714,42	679,27	<1>C.0.14.a.; <2>C.0.14.b.; <3>C.0.14.c.	bezpłatny	0 zł
311	Rasburicasum	Fasturtec, proszek i rozpuszczalnik do przygotowania koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji dożylnych, 1,5 mg/ml	3 fiol.po 1,5 mg (+ 3 amp. rozp.)	05909990943111	2022-01-01	3 lata	1048.0, Rasburicasum	690,12	724,63	724,63	C.0.11.	bezpłatny	0 zł
312	Rituximabum	Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05996537003155	2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	1151,41	1208,98	1087,51	<2>C.51.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
313	Rituximabum	Blitzima, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05996537002158	2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	2878,52	3022,45	2718,77	<2>C.51.	bezpłatny	0 zł
314	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	05909990418817	<1><3>2019-07-01/<2>2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	2444,04	2566,24	1087,51	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
315	Rituximabum	MabThera, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	05909990418824	<1><3>2019-07-01/<2>2019-09-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	6111,72	6417,31	2718,77	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
316	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 100 mg	2 fiol.po 10 ml	07613421032975	<1>2021-11-01/<2><3>2019-11-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	1035,72	1087,51	1087,51	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
317	Rituximabum	Riximyo, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 500 mg	1 fiol.po 50 ml	07613421032982	<1>2021-11-01/<2><3>2019-11-01	3 lata	1035.0, Rituximabum	2589,30	2718,77	2718,77	<3>C.51.	bezpłatny	0 zł
318	Tamoxifenum	Tamoxifen-EGIS, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990775316	2022-01-01	3 lata	1036.0, Tamoxifenum	9,83	10,32	10,32	C.52.	bezpłatny	0 zł
319	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 100 mg	5 szt.	05909990672172	2019-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	453,60	476,28	236,25	C.64.	bezpłatny	0 zł
320	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 140 mg	5 szt.	05909990672219	2019-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	635,04	666,79	330,75	C.64.	bezpłatny	0 zł
321	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 180 mg	5 szt.	05909990672233	2019-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	816,48	857,30	425,25	C.64.	bezpłatny	0 zł
322	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 20 mg	5 szt.	05909990672158	2019-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	90,72	95,26	47,25	C.64.	bezpłatny	0 zł
323	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 250 mg	5 szt.	05909990672196	2019-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	1134,00	1190,70	590,63	C.64.	bezpłatny	0 zł
324	Temozolomidum	Temodal, kaps. twarde, 5 mg	5 szt.	05909990716999	2019-07-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	22,68	23,81	11,81	C.64.	bezpłatny	0 zł
325	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 100 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719350	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	216,00	226,80	226,80	C.64.	bezpłatny	0 zł
326	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 140 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719367	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	324,00	340,20	330,75	C.64.	bezpłatny	0 zł
327	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 180 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719374	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	432,00	453,60	425,25	C.64.	bezpłatny	0 zł
328	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 20 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719343	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	43,20	45,36	45,36	C.64.	bezpłatny	0 zł
329	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 250 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719381	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	594,00	623,70	590,63	C.64.	bezpłatny	0 zł
330	Temozolomidum	Temozolomide Accord, kaps. twarde, 5 mg	5 szt. (saszetka)	05055565719336	2021-09-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	10,80	11,34	11,34	C.64.	bezpłatny	0 zł
331	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsulki twarde, 100 mg	5 szt.	05909991438449	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	225,00	236,25	236,25	C.64.	bezpłatny	0 zł
332	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsulki twarde, 140 mg	5 szt.	05909991438456	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	315,00	330,75	330,75	C.64.	bezpłatny	0 zł
333	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsulki twarde, 180 mg	5 szt.	05909991438463	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	405,00	425,25	425,25	C.64.	bezpłatny	0 zł
334	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsulki twarde, 20 mg	5 szt.	05909991438432	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	45,00	47,25	47,25	C.64.	bezpłatny	0 zł
335	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsulki twarde, 250 mg	5 szt.	05909991438470	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	562,50	590,63	590,63	C.64.	bezpłatny	0 zł
336	Temozolomidum	Temozolomide Glenmark, kapsulki twarde, 5 mg	5 szt.	05909991438401	2022-01-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	11,25	11,81	11,81	C.64.	bezpłatny	0 zł
337	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsulki twarde, 100 mg	5 szt.	05909991288006	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	183,60	192,78	192,78	C.64.	bezpłatny	0 zł
338	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsulki twarde, 140 mg	5 szt.	05909991288037	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	257,04	269,89	269,89	C.64.	bezpłatny	0 zł
339	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsulki twarde, 180 mg	5 szt.	05909991288068	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	330,48	347,00	347,00	C.64.	bezpłatny	0 zł
340	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsulki twarde, 20 mg	5 szt.	05909991287979	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	36,72	38,56	38,56	C.64.	bezpłatny	0 zł
341	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsulki twarde, 250 mg	5 szt.	05909991288099	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	459,00	481,95	481,95	C.64.	bezpłatny	0 zł
342	Temozolomidum	Temozolomide Sun, kapsulki twarde, 5 mg	5 szt.	05909991287948	2021-11-01	3 lata	1080.0, Temozolomidum	9,18	9,64	9,64	C.64.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
343	Tioguaninum	Lanvis, tabl., 40 mg	25 szt.	05909990185214	2019-07-01	3 lata	1100.0, Tioguaninum	415,25	436,01	436,01	C.56.	bezpłatny	0 zł
344	Topotecanum	Hycantin, kaps. twarde, 0,25 mg	10 szt.	05909990643134	2021-09-01	3 lata	1038.2, Topotecanum p.o.	386,10	405,41	405,41	C.57.1.	bezpłatny	0 zł
345	Topotecanum	Hycantin, kaps. twarde, 1 mg	10 szt.	05909990643141	2021-09-01	3 lata	1038.2, Topotecanum p.o.	1458,00	1530,90	1530,90	C.57.1.	bezpłatny	0 zł
346	Topotecanum	Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990924660	2019-07-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	70,20	73,71	73,71	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
347	Topotecanum	Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 2 ml	05909990924677	2019-07-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	140,40	147,42	147,42	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
348	Topotecanum	Topotecan medac, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol.po 4 ml	05909990924684	2019-07-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	280,80	294,84	294,84	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
349	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 1 ml	05909990984756	2021-03-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	70,20	73,71	73,71	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
350	Topotecanum	Topotecanum Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 1 mg/ml	1 fiol. a 4 ml	05909990984770	2021-03-01	3 lata	1038.1, Topotecanum inj.	280,80	294,84	294,84	C.57.2.	bezpłatny	0 zł
351	Tretinoinum	Vesanoid, kaps. miękkie, 10 mg	100 szt.	05909990668311	2019-03-01	3 lata	1039.0, Tretinoinum	1028,16	1079,57	1079,57	C.58.	bezpłatny	0 zł
352	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990669493	2019-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	24,84	26,08	26,08	C.61.	bezpłatny	0 zł
353	Vincristini sulfas	Vincristine Teva, roztwór do wstrzykiwań, 1 mg/ml	1 fiol.po 5 ml	05909990669523	2019-07-01	3 lata	1041.0, Vincristinum	124,20	130,41	130,41	C.61.	bezpłatny	0 zł
354	Vinorelbinum	Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 amp. 1 ml	05909990173617	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj.	486,86	511,20	226,80	C.63.	bezpłatny	0 zł
355	Vinorelbinum	Navelbine, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 amp. 5 ml	05909990173624	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj.	2434,32	2556,04	1134,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
356	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 20 mg	1 kaps.	05909990945016	2019-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	174,59	183,32	136,08	C.63.	bezpłatny	0 zł
357	Vinorelbinum	Navelbine, kaps. miękkie, 30 mg	1 kaps.	05909990945115	2019-07-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	261,88	274,97	204,12	C.63.	bezpłatny	0 zł
358	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 1 ml	05909990573325	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj.	216,00	226,80	226,80	C.63.	bezpłatny	0 zł
359	Vinorelbinum	Navirel, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	10 fiol.po 5 ml	05909990573349	2022-01-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj.	1080,00	1134,00	1134,00	C.63.	bezpłatny	0 zł
360	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 1 ml	05909990668045	2021-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj.	32,40	34,02	22,68	C.63.	bezpłatny	0 zł
361	Vinorelbinum	Neocitec, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol.a 5 ml	05909990668052	2021-07-01	3 lata	1042.1, Vinorelbinum inj.	162,00	170,10	113,40	C.63.	bezpłatny	0 zł
362	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 1 ml	05909991314439	2017-09-01	5 lat	1042.1, Vinorelbinum inj.	21,60	22,68	22,68	C.63.	bezpłatny	0 zł
363	Vinorelbinum	Vinorelbine Accord, koncentrat do sporządzania roztworu do infuzji, 10 mg/ml	1 fiol. 5 ml	05909991314446	2017-09-01	5 lat	1042.1, Vinorelbinum inj.	108,00	113,40	113,40	C.63.	bezpłatny	0 zł
364	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen, kaps. miękkie, 20 mg	1 kaps.	05909991402365	2019-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	129,60	136,08	136,08	C.63.	bezpłatny	0 zł
365	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen, kaps. miękkie, 30 mg	1 kaps.	05909991402389	2019-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	194,40	204,12	204,12	C.63.	bezpłatny	0 zł
366	Vinorelbinum	Vinorelbine Alvogen, kaps. miękkie, 80 mg	1 kaps.	05909991402402	2019-09-01	3 lata	1042.2, Vinorelbinum p.o.	518,40	544,32	544,32	C.63.	bezpłatny	0 zł
367	Voriconazolium	Voriconazol Polpharma, tabl. powł., 200 mg	20 szt.	05909991063177	2019-09-01	3 lata	1125.1, Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	135,79	142,58	124,74	C.0.15.	bezpłatny	0 zł

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt	Termin wejścia w życie decyzji	Okres obowiązywania decyzji	Grupa limitowa	Urzędowa cena zbytu	Cena hurtowa brutto	Wysokość limitu finansowania	Oznaczenie załącznika zawierającego zakres wskazań objętych refundacją (wg ICD-10)	Poziom odpłatności	Wysokość dopłaty świadczeniobiorcy
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
368	Voriconazolium	Voriconazole Accord, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05055565731536	2021-01-01	3 lata	1125.1 , Leki p-grzybicze - pochodne triazolu - worykonazol	178,20	187,11	187,11	C.0.15.	bezpłatny	0 zł

Załącznik C.0.01.

**ACIDUM LEVOFOLINICUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	ACIDUM LEVOFOLINICUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.02.

**CALCII FOLINAS**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	CALCII FOLINAS	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI



Załącznik C.0.03.

## DARBEPOETIN ALFA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	DARBEPOETIN ALFA	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DARBEPOETIN ALFA	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
2	DARBEPOETIN ALFA	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
3	DARBEPOETIN ALFA	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
4	DARBEPOETIN ALFA	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
5	DARBEPOETIN ALFA	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
6	DARBEPOETIN ALFA	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
7	DARBEPOETIN ALFA	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	DARBEPOETIN ALFA	D46.9	ZESPÓŁ MIEŁODYSPLASTYCZNY, NIEOKRESŁONY <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Załącznik C.0.04.

## EPOETINUM ALPHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	EPOETINUM ALPHA	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	EPOETINUM ALPHA	D46	ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
2	EPOETINUM ALPHA	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
3	EPOETINUM ALPHA	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
4	EPOETINUM ALPHA	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
5	EPOETINUM ALPHA	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
6	EPOETINUM ALPHA	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>
7	EPOETINUM ALPHA	D46.7	INNE ZESPOŁY MIEŁODYSPLASTYCZNE <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
8	EPOEINUM ALPHA	D46.9	ZESPÓŁ MIEŁODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku: niskiego lub pośredniego-1 ryzyka wg IPSS - bez del(5q) – u pacjentów z objawową niedokrwistością</i>

Załącznik C.0.05.

**EPOETINUM BETA**

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	EPOETINUM BETA	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.06.

**FILGRASTIMUM**

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	FILGRASTIMUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.08.

**MESNUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	MESNUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.09.

**ONDANSETRONUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	<b>ONDANSETRONUM</b>	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI



Załącznik C.0.10.

**PEGFILGRASTIMUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY - DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1.	<b>PEGFILGRASTIMUM</b>	SKRÓCENIE CZASU TRWANIA NEUTROPENII LUB ZMNIJSZENIE CZĘSTOŚCI WYSTĘPOWANIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ (W PRZYPADKU ZWIĘKSZONEGO RYZYKA WYSTĄPIENIA NEUTROPENII Z GORĄCZKĄ) - U DOROSŁYCH PACJENTÓW, U KTÓRYCH Z POWODU NOWOTWORÓW ZŁOŚLIWYCH (Z WYJĄTKIEM PRZEWLEKŁEJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ I ZESPOŁÓW MIELODYSPLASTYCZNYCH) KONIECZNE JEST ZASTOSOWANIE CHEMIOTERAPII CYTOTOKSYCZNEJ O ODSTĘPACH CZASU POMIĘDZY CYKLAMI NIE KRÓTSZYCH NIŻ 14 DNI

Załącznik C.0.11

**RASBURICASUM**

Lp	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ
1	RASBURICASUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.12

**APREPITANTUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	APREPITANTUM	WCZESNE ALBO OPÓŹNIONE WYMIOTY OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE $>70 \text{ MG/M}^2$ – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.14.a.

**POSACONAZOLUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
<b>1</b>	<b>POSACONAZOLUM</b>	ZAPOBIEGANIE INWAZYJNYM ZAKAŻENIOM GRZYBICZYM U PACJENTÓW Z OSTRĄ BIAŁACZKĄ SZPIKOWĄ LUB ZESPOŁEM MIELODYSPLASTYCZNYM OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH

Załącznik C.0.14.b.

**POSACONAZOLUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	POSACONAZOLUM	– OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA WYSOKIEGO RYZYKA U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI LIMFOBLASTYCZNEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA; – NAWRÓT OSTREJ BIAŁACZKI SZPIKOWEJ U DZIECI PONIŻEJ 18 ROKU ŻYCIA;

Załącznik C.0.14.c.

## POSACONAZOLUM

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
<b>1</b>	<b>POSACONAZOLUM</b>	<p>OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA STANDARDOWEGO LUB POŚREDNIEGO RYZYKA - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH</li><li>LUB</li><li>— WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII</li></ul> <p>CHŁONIAKI ZŁOŚLIWE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH</li><li>LUB</li><li>— WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII</li></ul> <p>NOWOTWORYLITE - U DZIECI DO 18 ROKU ŻYCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>— OTRZYMUJĄCYCH CHEMIOTERAPIĘ MOGĄCĄ POWODOWAĆ DŁUGOTRWAŁĄ NEUTROPENIĘ I U KTÓRYCH JEST DUŻE RYZYKO ROZWOJU INWAZYJNYCH ZAKAŻEŃ GRZYBICZYCH</li><li>LUB</li><li>— WTÓRNA PROFILAKTYKA PRZECIWGRZYBICZA, UKIERUNKOWANA NA WCZEŚNIEJ WYSTĘPUJĄCE ZAKAŻENIA GRZYBICZE - DO CZASU ZAKOŃCZENIA CHEMIOTERAPII</li></ul>

Załącznik C.0.15.

**VORICONAZOLUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	VORICONAZOLUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.0.16.

**NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM	NUDNOŚCI I WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM CISPLATYNY W DAWCE $\geq 50$ MG/M <sup>2</sup> – PROFILAKTYKA



Załącznik C.0.16.b.

**NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	NETUPITANTUM + PALONOSETRONUM	WCZESNE LUB OPÓŹNIONE WYMIOTY U OSÓB DOROSŁYCH ZWIĄZANE Z SILNIE EMETOGENNĄ CHEMIOTERAPIĄ Z ZASTOSOWANIEM ANTYBIOTYKU Z GRUPY ANTRACYKLIN I CYKLOFOSFAMIDU – PROFILAKTYKA

Załącznik C.0.17.

**DEXAMETHASONI PHOSPHAS**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	DEXAMETHASONI PHOSPHAS	PREMEDYKACJA PRZED PODANIEM PAKLITAKSELU W CELU ZMNIEJSZENIA RYZYKA WYSTĄPIENIA REAKCJI NADWRAŻLIWOŚCI U PACJENTÓW Z NOWOTWOREM ZŁOŚLIWYM

Załącznik C.2.

**BICALUTAMIDUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BICALUTAMIDUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.3.

## BLEOMYCIN SULPHATE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BLEOMYCIN SULPHATE	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	BLEOMYCIN SULPHATE	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	BLEOMYCIN SULPHATE	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	BLEOMYCIN SULPHATE	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	BLEOMYCIN SULPHATE	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	BLEOMYCIN SULPHATE	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	BLEOMYCIN SULPHATE	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	BLEOMYCIN SULPHATE	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	BLEOMYCIN SULPHATE	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	BLEOMYCIN SULPHATE	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	BLEOMYCIN SULPHATE	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	BLEOMYCIN SULPHATE	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	BLEOMYCIN SULPHATE	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	BLEOMYCIN SULPHATE	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	BLEOMYCIN SULPHATE	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	BLEOMYCIN SULPHATE	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	BLEOMYCIN SULPHATE	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	BLEOMYCIN SULPHATE	C05.2	JĘZYCZEK
33	BLEOMYCIN SULPHATE	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	BLEOMYCIN SULPHATE	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	BLEOMYCIN SULPHATE	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	BLEOMYCIN SULPHATE	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	BLEOMYCIN SULPHATE	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	BLEOMYCIN SULPHATE	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	BLEOMYCIN SULPHATE	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	BLEOMYCIN SULPHATE	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	BLEOMYCIN SULPHATE	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	BLEOMYCIN SULPHATE	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	BLEOMYCIN SULPHATE	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	BLEOMYCIN SULPHATE	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	BLEOMYCIN SULPHATE	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	BLEOMYCIN SULPHATE	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	BLEOMYCIN SULPHATE	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	BLEOMYCIN SULPHATE	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	BLEOMYCIN SULPHATE	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	BLEOMYCIN SULPHATE	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	BLEOMYCIN SULPHATE	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	BLEOMYCIN SULPHATE	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	BLEOMYCIN SULPHATE	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	BLEOMYCIN SULPHATE	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	BLEOMYCIN SULPHATE	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	BLEOMYCIN SULPHATE	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	BLEOMYCIN SULPHATE	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	BLEOMYCIN SULPHATE	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	BLEOMYCIN SULPHATE	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	BLEOMYCIN SULPHATE	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	BLEOMYCIN SULPHATE	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	BLEOMYCIN SULPHATE	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	BLEOMYCIN SULPHATE	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZELYKU
79	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZELYKU
80	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELYKU
81	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELYKU
82	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
83	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
84	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
85	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZELYKU
86	BLEOMYCIN SULPHATE	C15.9	PRZELYK, NIEOKREŚLONY
87	BLEOMYCIN SULPHATE	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
88	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.0	SERCE
89	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
91	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
92	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.4	OPLUCNA
93	BLEOMYCIN SULPHATE	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
94	BLEOMYCIN SULPHATE	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
95	BLEOMYCIN SULPHATE	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
96	BLEOMYCIN SULPHATE	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	BLEOMYCIN SULPHATE	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
98	BLEOMYCIN SULPHATE	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
99	BLEOMYCIN SULPHATE	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
100	BLEOMYCIN SULPHATE	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
101	BLEOMYCIN SULPHATE	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
102	BLEOMYCIN SULPHATE	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
103	BLEOMYCIN SULPHATE	C41.1	ŻUCHWA
104	BLEOMYCIN SULPHATE	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
105	BLEOMYCIN SULPHATE	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
106	BLEOMYCIN SULPHATE	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
107	BLEOMYCIN SULPHATE	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
108	BLEOMYCIN SULPHATE	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
109	BLEOMYCIN SULPHATE	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
110	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
111	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
112	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
113	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
114	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
115	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
116	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
117	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
118	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
119	BLEOMYCIN SULPHATE	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
120	BLEOMYCIN SULPHATE	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
121	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.0	SKÓRA WARGI
122	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
123	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
124	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
125	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
126	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
127	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
128	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
129	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
130	BLEOMYCIN SULPHATE	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
131	BLEOMYCIN SULPHATE	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
132	BLEOMYCIN SULPHATE	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
133	BLEOMYCIN SULPHATE	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
134	BLEOMYCIN SULPHATE	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
135	BLEOMYCIN SULPHATE	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
136	BLEOMYCIN SULPHATE	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
137	BLEOMYCIN SULPHATE	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
138	BLEOMYCIN SULPHATE	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
139	BLEOMYCIN SULPHATE	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
140	BLEOMYCIN SULPHATE	C51.2	ŁECHTACZKA
141	BLEOMYCIN SULPHATE	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
142	BLEOMYCIN SULPHATE	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
143	BLEOMYCIN SULPHATE	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
144	BLEOMYCIN SULPHATE	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
145	BLEOMYCIN SULPHATE	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
146	BLEOMYCIN SULPHATE	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
147	BLEOMYCIN SULPHATE	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
148	BLEOMYCIN SULPHATE	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
149	BLEOMYCIN SULPHATE	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
150	BLEOMYCIN SULPHATE	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
151	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
152	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
153	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
154	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.3	PRZYMACICZA
155	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
156	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
157	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
158	BLEOMYCIN SULPHATE	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
159	BLEOMYCIN SULPHATE	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
160	BLEOMYCIN SULPHATE	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
161	BLEOMYCIN SULPHATE	C60.0	NAPLETEK
162	BLEOMYCIN SULPHATE	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
163	BLEOMYCIN SULPHATE	C60.2	TRZON PRĄCIA
164	BLEOMYCIN SULPHATE	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
165	BLEOMYCIN SULPHATE	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
166	BLEOMYCIN SULPHATE	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
167	BLEOMYCIN SULPHATE	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
168	BLEOMYCIN SULPHATE	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
169	BLEOMYCIN SULPHATE	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
170	BLEOMYCIN SULPHATE	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
171	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.0	NAJĄDRZE
172	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
173	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.2	MOSZNA
174	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
175	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
176	BLEOMYCIN SULPHATE	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
177	BLEOMYCIN SULPHATE	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
178	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
179	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
180	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
181	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
182	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
183	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.5	KOMORY MÓZGOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
184	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.6	MÓZDŻEK
185	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.7	PIEŃ MÓZGU
186	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
187	BLEOMYCIN SULPHATE	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
188	BLEOMYCIN SULPHATE	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
189	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
190	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
191	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.2	BRZUCH
192	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.3	MIEDNICA
193	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
194	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
195	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
196	BLEOMYCIN SULPHATE	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
197	BLEOMYCIN SULPHATE	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
198	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
199	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
200	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
201	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
202	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
203	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
204	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
205	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	BLEOMYCIN SULPHATE	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
207	BLEOMYCIN SULPHATE	C81	CHOROBA HODGKINA
208	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
209	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
210	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
211	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
212	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
213	BLEOMYCIN SULPHATE	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
214	BLEOMYCIN SULPHATE	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
215	BLEOMYCIN SULPHATE	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
216	BLEOMYCIN SULPHATE	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
217	BLEOMYCIN SULPHATE	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
218	BLEOMYCIN SULPHATE	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
219	BLEOMYCIN SULPHATE	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
220	BLEOMYCIN SULPHATE	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
221	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
222	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
223	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
224	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.3	WIELKOMÓRKOWY, (ROZLANY)
225	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
226	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
227	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
228	BLEOMYCIN SULPHATE	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
230	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
231	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
232	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
233	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
234	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
235	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
236	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
237	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
238	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
239	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
240	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
241	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
242	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
243	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
244	BLEOMYCIN SULPHATE	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
245	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
246	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
247	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
248	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
249	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
250	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
251	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI
252	<b>BLEOMYCIN SULPHATE</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	BLEOMYCIN SULPHATE	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
254	BLEOMYCIN SULPHATE	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
255	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
256	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
257	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
258	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
259	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
260	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
261	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
262	BLEOMYCIN SULPHATE	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
263	BLEOMYCIN SULPHATE	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
264	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
265	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
266	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
267	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
268	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
269	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
270	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
271	BLEOMYCIN SULPHATE	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
272	BLEOMYCIN SULPHATE	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
273	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
274	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
275	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
276	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277	BLEOMYCIN SULPHATE	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
278	BLEOMYCIN SULPHATE	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
279	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
280	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
281	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
282	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
283	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
284	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
285	BLEOMYCIN SULPHATE	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
286	BLEOMYCIN SULPHATE	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
287	BLEOMYCIN SULPHATE	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
288	BLEOMYCIN SULPHATE	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
289	BLEOMYCIN SULPHATE	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
290	BLEOMYCIN SULPHATE	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
291	BLEOMYCIN SULPHATE	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
292	BLEOMYCIN SULPHATE	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
293	BLEOMYCIN SULPHATE	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
294	BLEOMYCIN SULPHATE	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
295	BLEOMYCIN SULPHATE	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
296	BLEOMYCIN SULPHATE	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
297	BLEOMYCIN SULPHATE	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
298	BLEOMYCIN SULPHATE	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
299	BLEOMYCIN SULPHATE	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
300	BLEOMYCIN SULPHATE	D03	CZERNIAK IN SITU
301	BLEOMYCIN SULPHATE	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
302	BLEOMYCIN SULPHATE	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
303	BLEOMYCIN SULPHATE	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
304	BLEOMYCIN SULPHATE	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
305	BLEOMYCIN SULPHATE	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
306	BLEOMYCIN SULPHATE	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
307	BLEOMYCIN SULPHATE	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
308	BLEOMYCIN SULPHATE	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
309	BLEOMYCIN SULPHATE	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
310	BLEOMYCIN SULPHATE	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
311	BLEOMYCIN SULPHATE	D39.1	JAJNIK
312	BLEOMYCIN SULPHATE	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
313	BLEOMYCIN SULPHATE	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
314	BLEOMYCIN SULPHATE	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
315	BLEOMYCIN SULPHATE	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
316	BLEOMYCIN SULPHATE	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
317	BLEOMYCIN SULPHATE	D48.4	OTRZEWNA
318	BLEOMYCIN SULPHATE	D48.5	SKÓRA
319	BLEOMYCIN SULPHATE	D48.6	SUTEK
320	BLEOMYCIN SULPHATE	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
321	BLEOMYCIN SULPHATE	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
322	BLEOMYCIN SULPHATE	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
323	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
324	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
325	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
326	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
327	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
328	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
329	BLEOMYCIN SULPHATE	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.4.

## BUSULFANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BUSULFANUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
2	BUSULFANUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
3	BUSULFANUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
4	BUSULFANUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
5	BUSULFANUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
6	BUSULFANUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
7	BUSULFANUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
8	BUSULFANUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
9	BUSULFANUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
10	BUSULFANUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
11	BUSULFANUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
12	BUSULFANUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
13	BUSULFANUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
14	BUSULFANUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
15	BUSULFANUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
16	BUSULFANUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
17	BUSULFANUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
18	BUSULFANUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
19	BUSULFANUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
20	BUSULFANUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	BUSULFANUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
22	BUSULFANUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.5.a.

## CAPECITABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CAPECITABINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2	CAPECITABINUM	C16.0	WPUST
3	CAPECITABINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4	CAPECITABINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5	CAPECITABINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6	CAPECITABINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
7	CAPECITABINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8	CAPECITABINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9	CAPECITABINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10	CAPECITABINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11	CAPECITABINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
12	CAPECITABINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
13	CAPECITABINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
14	CAPECITABINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
15	CAPECITABINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
16	CAPECITABINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
17	CAPECITABINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
18	CAPECITABINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
19	CAPECITABINUM	C18.7	ESICA
20	CAPECITABINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	CAPECITABINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
22	CAPECITABINUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
23	CAPECITABINUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
24	CAPECITABINUM	C50	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
25	CAPECITABINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
26	CAPECITABINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
27	CAPECITABINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
28	CAPECITABINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
29	CAPECITABINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
30	CAPECITABINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
31	CAPECITABINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
32	CAPECITABINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
33	CAPECITABINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
34	CAPECITABINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.5.b.

## CAPECITABINUM

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	CAPECITABINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i>
2	CAPECITABINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i>
3	CAPECITABINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i>
4	CAPECITABINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i>
5	CAPECITABINUM	C25.3	PRZEWOD TRZUSTKOWY <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i>
6	CAPECITABINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i>
7	CAPECITABINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i>
8	CAPECITABINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i>
9	CAPECITABINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKRESŁONA <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka trzustki w skojarzeniu z gemcytabiną</i>

Załącznik C.5.c.

## CAPECITABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CAPECITABINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych</i>
2	CAPECITABINUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓŁCIOWEGO <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych</i>
3	CAPECITABINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓŁCIOWE <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych</i>
4	CAPECITABINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych</i>
5	CAPECITABINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓŁCIOWYCH <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych</i>
6	CAPECITABINUM	C24.9	DROGI ŻÓŁCIOWE, NIE OKREŚLONE <i>w ramach uzupełniającego leczenia pooperacyjnego raka dróg żółciowych</i>



Załącznik C.6.

## CARBOPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	CARBOPLATINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	CARBOPLATINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	CARBOPLATINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	CARBOPLATINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	CARBOPLATINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	CARBOPLATINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	CARBOPLATINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	CARBOPLATINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	CARBOPLATINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	CARBOPLATINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	CARBOPLATINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	CARBOPLATINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	CARBOPLATINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	CARBOPLATINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	CARBOPLATINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	CARBOPLATINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	CARBOPLATINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	CARBOPLATINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	CARBOPLATINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	CARBOPLATINUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	CARBOPLATINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	CARBOPLATINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	CARBOPLATINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	CARBOPLATINUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	CARBOPLATINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	CARBOPLATINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	CARBOPLATINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	CARBOPLATINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	CARBOPLATINUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	CARBOPLATINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	CARBOPLATINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	CARBOPLATINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	CARBOPLATINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	CARBOPLATINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	CARBOPLATINUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	CARBOPLATINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	CARBOPLATINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	CARBOPLATINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	CARBOPLATINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	CARBOPLATINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	CARBOPLATINUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	CARBOPLATINUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	CARBOPLATINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	CARBOPLATINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	CARBOPLATINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	CARBOPLATINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	CARBOPLATINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	CARBOPLATINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	CARBOPLATINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	CARBOPLATINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	CARBOPLATINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	CARBOPLATINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	CARBOPLATINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	CARBOPLATINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	CARBOPLATINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	CARBOPLATINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	CARBOPLATINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	CARBOPLATINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	CARBOPLATINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	CARBOPLATINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	CARBOPLATINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	CARBOPLATINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	CARBOPLATINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	CARBOPLATINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	CARBOPLATINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	CARBOPLATINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	CARBOPLATINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68.	CARBOPLATINUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	CARBOPLATINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	CARBOPLATINUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	CARBOPLATINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	CARBOPLATINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	CARBOPLATINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	CARBOPLATINUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	CARBOPLATINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	CARBOPLATINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	CARBOPLATINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	CARBOPLATINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przelyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przelyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią
79.	CARBOPLATINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przelyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przelyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią
80.	CARBOPLATINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przelyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przelyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią.
81.	CARBOPLATINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU w ramach wstępnej chemioterapii przed planowaną ezofagektomią z powodu raka przelyku lub w leczeniu pacjentów z ograniczonym nieresekcyjnym płaskonabłonkowym rakiem przelyku w skojarzeniu z paklitakselem oraz radioterapią
82.	CARBOPLATINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
83.	CARBOPLATINUM	C16.0	WPUST
84.	CARBOPLATINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
85.	CARBOPLATINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
86.	CARBOPLATINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
87.	CARBOPLATINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
88.	CARBOPLATINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
89.	CARBOPLATINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
90.	CARBOPLATINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
91.	CARBOPLATINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
92.	CARBOPLATINUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELIT A CIENKIEGO
93.	CARBOPLATINUM	C17.0	DWUNASTNICA
94.	CARBOPLATINUM	C17.1	JELITO CZCZE
95.	CARBOPLATINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
96.	CARBOPLATINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
97.	CARBOPLATINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELIT A CIENKIEGO
98.	CARBOPLATINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
99.	CARBOPLATINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELIT A GRUBEGO
100.	CARBOPLATINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
101.	CARBOPLATINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
102.	CARBOPLATINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
103.	CARBOPLATINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
104.	CARBOPLATINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
105.	CARBOPLATINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
106.	CARBOPLATINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
107.	CARBOPLATINUM	C18.7	ESICA
108.	CARBOPLATINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
109.	CARBOPLATINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
110.	CARBOPLATINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
111.	CARBOPLATINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
112.	CARBOPLATINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	CARBOPLATINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
114.	CARBOPLATINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
115.	CARBOPLATINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
116.	CARBOPLATINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
117.	CARBOPLATINUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
118.	CARBOPLATINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
119.	CARBOPLATINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
120.	CARBOPLATINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
121.	CARBOPLATINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
122.	CARBOPLATINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
123.	CARBOPLATINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
124.	CARBOPLATINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
125.	CARBOPLATINUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
126.	CARBOPLATINUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
127.	CARBOPLATINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
128.	CARBOPLATINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
129.	CARBOPLATINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
130.	CARBOPLATINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
131.	CARBOPLATINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
132.	CARBOPLATINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
133.	CARBOPLATINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
134.	CARBOPLATINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
135.	CARBOPLATINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
136.	CARBOPLATINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
137.	CARBOPLATINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
138.	CARBOPLATINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
139.	CARBOPLATINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
140.	CARBOPLATINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
141.	CARBOPLATINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
142.	CARBOPLATINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
143.	CARBOPLATINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
144.	CARBOPLATINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
145.	CARBOPLATINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
146.	CARBOPLATINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
147.	CARBOPLATINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
148.	CARBOPLATINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
149.	CARBOPLATINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
150.	CARBOPLATINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
151.	CARBOPLATINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
152.	CARBOPLATINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
153.	CARBOPLATINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
154.	CARBOPLATINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
155.	CARBOPLATINUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
156.	CARBOPLATINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
157.	CARBOPLATINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
158.	CARBOPLATINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
159.	CARBOPLATINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
160.	CARBOPLATINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
161.	CARBOPLATINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
162.	CARBOPLATINUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
163.	CARBOPLATINUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
164.	CARBOPLATINUM	C38.0	SERCE
165.	CARBOPLATINUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
166.	CARBOPLATINUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
167.	CARBOPLATINUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
168.	CARBOPLATINUM	C38.4	OPLUCNA
169.	CARBOPLATINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
170.	CARBOPLATINUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
171.	CARBOPLATINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
172.	CARBOPLATINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
173.	CARBOPLATINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBREMBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
174.	CARBOPLATINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
175.	CARBOPLATINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
176.	CARBOPLATINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
177.	CARBOPLATINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
178.	CARBOPLATINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
179.	CARBOPLATINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
180.	CARBOPLATINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
181.	CARBOPLATINUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
182.	CARBOPLATINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
183.	CARBOPLATINUM	C41.1	ŻUCHWA
184.	CARBOPLATINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
185.	CARBOPLATINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
186.	CARBOPLATINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
187.	CARBOPLATINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
188.	CARBOPLATINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
189.	CARBOPLATINUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
190.	CARBOPLATINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
191.	CARBOPLATINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
192.	CARBOPLATINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
193.	CARBOPLATINUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
194.	CARBOPLATINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
195.	CARBOPLATINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
196.	CARBOPLATINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
197.	CARBOPLATINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
198.	CARBOPLATINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
199.	CARBOPLATINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
200.	CARBOPLATINUM	C45	MIĘDZYBŁONIAK
201.	CARBOPLATINUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
202.	CARBOPLATINUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
203.	CARBOPLATINUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
204.	CARBOPLATINUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
205.	CARBOPLATINUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
206.	CARBOPLATINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
207.	CARBOPLATINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
208.	CARBOPLATINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
209.	CARBOPLATINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
210.	CARBOPLATINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
211.	CARBOPLATINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
212.	CARBOPLATINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
213.	CARBOPLATINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
214.	CARBOPLATINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
215.	CARBOPLATINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
216.	CARBOPLATINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
217.	CARBOPLATINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
218.	CARBOPLATINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
219.	CARBOPLATINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
220.	CARBOPLATINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
221.	CARBOPLATINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
222.	CARBOPLATINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
223.	CARBOPLATINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
224.	CARBOPLATINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
225.	CARBOPLATINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
226.	CARBOPLATINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
227.	CARBOPLATINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
228.	CARBOPLATINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
229.	CARBOPLATINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
230.	CARBOPLATINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
231.	CARBOPLATINUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
232.	CARBOPLATINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
233.	CARBOPLATINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
234.	CARBOPLATINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235.	CARBOPLATINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
236.	CARBOPLATINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237.	CARBOPLATINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
238.	CARBOPLATINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
239.	CARBOPLATINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
240.	CARBOPLATINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
241.	CARBOPLATINUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
242.	CARBOPLATINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
243.	CARBOPLATINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
244.	CARBOPLATINUM	C51.2	ŁECHTACZKA
245.	CARBOPLATINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
246.	CARBOPLATINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
247.	CARBOPLATINUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
248.	CARBOPLATINUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
249.	CARBOPLATINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
250.	CARBOPLATINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
251.	CARBOPLATINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
252.	CARBOPLATINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
253.	CARBOPLATINUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
254.	CARBOPLATINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
255.	CARBOPLATINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
256.	CARBOPLATINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
257.	CARBOPLATINUM	C54.3	DNO MACICY
258.	CARBOPLATINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
259.	CARBOPLATINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
260.	CARBOPLATINUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
261.	CARBOPLATINUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
262.	CARBOPLATINUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
263.	CARBOPLATINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
264.	CARBOPLATINUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
265.	CARBOPLATINUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
266.	CARBOPLATINUM	C57.3	PRZYMATICZA
267.	CARBOPLATINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
268.	CARBOPLATINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
269.	CARBOPLATINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
270.	CARBOPLATINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
271.	CARBOPLATINUM	C58	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
272.	CARBOPLATINUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
273.	CARBOPLATINUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
274.	CARBOPLATINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
275.	CARBOPLATINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
276.	CARBOPLATINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
277.	CARBOPLATINUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
278.	CARBOPLATINUM	C63.0	NAJĄDRZE
279.	CARBOPLATINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
280.	CARBOPLATINUM	C63.2	MOSZNA
281.	CARBOPLATINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
282.	CARBOPLATINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283.	CARBOPLATINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
284.	CARBOPLATINUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
285.	CARBOPLATINUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
286.	CARBOPLATINUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
287.	CARBOPLATINUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
288.	CARBOPLATINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
289.	CARBOPLATINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
290.	CARBOPLATINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
291.	CARBOPLATINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
292.	CARBOPLATINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
293.	CARBOPLATINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
294.	CARBOPLATINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
295.	CARBOPLATINUM	C67.7	MOCZOWNIK
296.	CARBOPLATINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
297.	CARBOPLATINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
298.	CARBOPLATINUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
299.	CARBOPLATINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
300.	CARBOPLATINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
301.	CARBOPLATINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
302.	CARBOPLATINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303.	CARBOPLATINUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
304.	CARBOPLATINUM	C69.0	SPOJÓWKA
305.	CARBOPLATINUM	C69.1	ROGÓWKA
306.	CARBOPLATINUM	C69.2	SIATKÓWKA
307.	CARBOPLATINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
308.	CARBOPLATINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
309.	CARBOPLATINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
310.	CARBOPLATINUM	C69.6	OCZODÓŁ
311.	CARBOPLATINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
312.	CARBOPLATINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
313.	CARBOPLATINUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
314.	CARBOPLATINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
315.	CARBOPLATINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
316.	CARBOPLATINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
317.	CARBOPLATINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
318.	CARBOPLATINUM	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
319.	CARBOPLATINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
320.	CARBOPLATINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
321.	CARBOPLATINUM	C71.3	PLAT CIEMIENOWY
322.	CARBOPLATINUM	C71.4	PLAT POTYLICZNY
323.	CARBOPLATINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
324.	CARBOPLATINUM	C71.6	MÓZDŻEK
325.	CARBOPLATINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
326.	CARBOPLATINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
327.	CARBOPLATINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
328.	CARBOPLATINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
329.	CARBOPLATINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
330.	CARBOPLATINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
331.	CARBOPLATINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
332.	CARBOPLATINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
333.	CARBOPLATINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
334.	CARBOPLATINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
335.	CARBOPLATINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
336.	CARBOPLATINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
337.	CARBOPLATINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
338.	CARBOPLATINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
339.	CARBOPLATINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
340.	CARBOPLATINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
341.	CARBOPLATINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
342.	CARBOPLATINUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
343.	CARBOPLATINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
344.	CARBOPLATINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
345.	CARBOPLATINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
346.	CARBOPLATINUM	C75.3	SZYSZYNKA
347.	CARBOPLATINUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
348.	CARBOPLATINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
349.	CARBOPLATINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
350.	CARBOPLATINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
351.	CARBOPLATINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
352.	CARBOPLATINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
353.	CARBOPLATINUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
354.	CARBOPLATINUM	C76.2	BRZUCH
355.	CARBOPLATINUM	C76.3	MIEDNICA
356.	CARBOPLATINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
357.	CARBOPLATINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
358.	CARBOPLATINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
359.	CARBOPLATINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
360.	CARBOPLATINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
361.	CARBOPLATINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
362.	CARBOPLATINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KLATKI PIERSIOWEJ
363.	CARBOPLATINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
364.	CARBOPLATINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
365.	CARBOPLATINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
366.	CARBOPLATINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
367.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
368.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
369.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
370.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
371.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
372.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPLUCNEJ
373.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
374.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
375.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
376.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
377.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
378.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
379.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
380.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
381.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
382.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
383.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
384.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
385.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
386.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
387.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
388.	<b>CARBOPLATINUM</b>	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
389.	CARBOPLATINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
390.	CARBOPLATINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
391.	CARBOPLATINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
392.	CARBOPLATINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
393.	CARBOPLATINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
394.	CARBOPLATINUM	C81.3	ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW
395.	CARBOPLATINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
396.	CARBOPLATINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
397.	CARBOPLATINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
398.	CARBOPLATINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
399.	CARBOPLATINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
400.	CARBOPLATINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
401.	CARBOPLATINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
402.	CARBOPLATINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
403.	CARBOPLATINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
404.	CARBOPLATINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
405.	CARBOPLATINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
406.	CARBOPLATINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
407.	CARBOPLATINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
408.	CARBOPLATINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
409.	CARBOPLATINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
410.	CARBOPLATINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
411.	CARBOPLATINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITT A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
412.	CARBOPLATINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
413.	CARBOPLATINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	CARBOPLATINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
415.	CARBOPLATINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
416.	CARBOPLATINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
417.	CARBOPLATINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
418.	CARBOPLATINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
419.	CARBOPLATINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420.	CARBOPLATINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
421.	CARBOPLATINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
422.	CARBOPLATINUM	C85.0	MIEŚAK LIMFATYCZNY
423.	CARBOPLATINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
424.	CARBOPLATINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
425.	CARBOPLATINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
426.	CARBOPLATINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
427.	CARBOPLATINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
428.	CARBOPLATINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
429.	CARBOPLATINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
430.	CARBOPLATINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
431.	CARBOPLATINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432.	CARBOPLATINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
433.	CARBOPLATINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
434.	CARBOPLATINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
435.	CARBOPLATINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
436.	CARBOPLATINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
437.	CARBOPLATINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
438.	CARBOPLATINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
439.	CARBOPLATINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
440.	CARBOPLATINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
441.	CARBOPLATINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
442.	CARBOPLATINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
443.	CARBOPLATINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
444.	CARBOPLATINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
445.	CARBOPLATINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
446.	CARBOPLATINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
447.	CARBOPLATINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
448.	CARBOPLATINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
449.	CARBOPLATINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
450.	CARBOPLATINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
451.	CARBOPLATINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
452.	CARBOPLATINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
453.	CARBOPLATINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454.	CARBOPLATINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
455.	CARBOPLATINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
456.	CARBOPLATINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
457.	CARBOPLATINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
458.	CARBOPLATINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
459.	CARBOPLATINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
460.	CARBOPLATINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
461.	CARBOPLATINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
462.	CARBOPLATINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
463.	CARBOPLATINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
464.	CARBOPLATINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
465.	CARBOPLATINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
466.	CARBOPLATINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
467.	CARBOPLATINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
468.	CARBOPLATINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
469.	CARBOPLATINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
470.	CARBOPLATINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
471.	CARBOPLATINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
472.	CARBOPLATINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
473.	CARBOPLATINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
474.	CARBOPLATINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
475.	CARBOPLATINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
476.	CARBOPLATINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
477.	CARBOPLATINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
478.	CARBOPLATINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
479.	CARBOPLATINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
480.	CARBOPLATINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481.	CARBOPLATINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
482.	CARBOPLATINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
483.	CARBOPLATINUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
484.	CARBOPLATINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
485.	CARBOPLATINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
486.	CARBOPLATINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
487.	CARBOPLATINUM	D01.2	ODBYTNICA
488.	CARBOPLATINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
489.	CARBOPLATINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELIT A
490.	CARBOPLATINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
491.	CARBOPLATINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
492.	CARBOPLATINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
493.	CARBOPLATINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
494.	CARBOPLATINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
495.	CARBOPLATINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
496.	CARBOPLATINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
497.	CARBOPLATINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
498.	CARBOPLATINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
499.	CARBOPLATINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
500.	CARBOPLATINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
501.	CARBOPLATINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
502.	CARBOPLATINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
503.	CARBOPLATINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
504.	CARBOPLATINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
505.	CARBOPLATINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
506.	CARBOPLATINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
507.	CARBOPLATINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
508.	CARBOPLATINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
509.	CARBOPLATINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
510.	CARBOPLATINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
511.	CARBOPLATINUM	D07.1	SROM
512.	CARBOPLATINUM	D07.2	POCHWA
513.	CARBOPLATINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
514.	CARBOPLATINUM	D07.4	PRĄCIE
515.	CARBOPLATINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
516.	CARBOPLATINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
517.	CARBOPLATINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
518.	CARBOPLATINUM	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
519.	CARBOPLATINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
520.	CARBOPLATINUM	D09.2	OKO
521.	CARBOPLATINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
522.	CARBOPLATINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
523.	CARBOPLATINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
524.	CARBOPLATINUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
525.	CARBOPLATINUM	D10.0	WARGA
526.	CARBOPLATINUM	D10.1	JĘZYK
527.	CARBOPLATINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
528.	CARBOPLATINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
529.	CARBOPLATINUM	D10.4	MIGDAŁEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
530.	CARBOPLATINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
531.	CARBOPLATINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
532.	CARBOPLATINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
533.	CARBOPLATINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
534.	CARBOPLATINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
535.	CARBOPLATINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
536.	CARBOPLATINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
537.	CARBOPLATINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
538.	CARBOPLATINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
539.	CARBOPLATINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
540.	CARBOPLATINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
541.	CARBOPLATINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
542.	CARBOPLATINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
543.	CARBOPLATINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
544.	CARBOPLATINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
545.	CARBOPLATINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
546.	CARBOPLATINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
547.	CARBOPLATINUM	D12.8	ODBYTNICA
548.	CARBOPLATINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
549.	CARBOPLATINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
550.	CARBOPLATINUM	D13.0	PRZELYK
551.	CARBOPLATINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
552.	CARBOPLATINUM	D13.2	DWUNASTNICA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
553.	CARBOPLATINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELIT A CIENKIEGO
554.	CARBOPLATINUM	D13.4	WĄTROBA
555.	CARBOPLATINUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
556.	CARBOPLATINUM	D13.6	TRZUSTKA
557.	CARBOPLATINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
558.	CARBOPLATINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
559.	CARBOPLATINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
560.	CARBOPLATINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
561.	CARBOPLATINUM	D14.1	KRTAŃ
562.	CARBOPLATINUM	D14.2	TCHAWICA
563.	CARBOPLATINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
564.	CARBOPLATINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
565.	CARBOPLATINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
566.	CARBOPLATINUM	D15.0	GRASICA
567.	CARBOPLATINUM	D15.1	SERCE
568.	CARBOPLATINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
569.	CARBOPLATINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
570.	CARBOPLATINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
571.	CARBOPLATINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
572.	CARBOPLATINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
573.	CARBOPLATINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
574.	CARBOPLATINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
575.	CARBOPLATINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
576.	CARBOPLATINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
577.	CARBOPLATINUM	D16.5	ŻUCHWA
578.	CARBOPLATINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
579.	CARBOPLATINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
580.	CARBOPLATINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
581.	CARBOPLATINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
582.	CARBOPLATINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
583.	CARBOPLATINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
584.	CARBOPLATINUM	D20.1	OTRZEWNA
585.	CARBOPLATINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
586.	CARBOPLATINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
587.	CARBOPLATINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
588.	CARBOPLATINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
589.	CARBOPLATINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
590.	CARBOPLATINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
591.	CARBOPLATINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
592.	CARBOPLATINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
593.	CARBOPLATINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
594.	CARBOPLATINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
595.	CARBOPLATINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
596.	CARBOPLATINUM	D28.0	SROM
597.	CARBOPLATINUM	D28.1	POCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
598.	CARBOPLATINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
599.	CARBOPLATINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
600.	CARBOPLATINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
601.	CARBOPLATINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
602.	CARBOPLATINUM	D29.0	PRĄCIE
603.	CARBOPLATINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
604.	CARBOPLATINUM	D29.2	JĄDRO
605.	CARBOPLATINUM	D29.3	NAJĄDRZE
606.	CARBOPLATINUM	D29.4	MOSZNA
607.	CARBOPLATINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
608.	CARBOPLATINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
609.	CARBOPLATINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
610.	CARBOPLATINUM	D30.0	NERKA
611.	CARBOPLATINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
612.	CARBOPLATINUM	D30.2	MOCZOWÓD
613.	CARBOPLATINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	CARBOPLATINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
615.	CARBOPLATINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
616.	CARBOPLATINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
617.	CARBOPLATINUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
618.	CARBOPLATINUM	D31.0	SPOJÓWKA
619.	CARBOPLATINUM	D31.1	ROGÓWKA
620.	CARBOPLATINUM	D31.2	SIATKÓWKA
621.	CARBOPLATINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
622.	CARBOPLATINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
623.	CARBOPLATINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
624.	CARBOPLATINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
625.	CARBOPLATINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
626.	CARBOPLATINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
627.	CARBOPLATINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
628.	CARBOPLATINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
629.	CARBOPLATINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
630.	CARBOPLATINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
631.	CARBOPLATINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
632.	CARBOPLATINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
633.	CARBOPLATINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
634.	CARBOPLATINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
635.	CARBOPLATINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
636.	CARBOPLATINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
637.	CARBOPLATINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
638.	CARBOPLATINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
639.	CARBOPLATINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
640.	CARBOPLATINUM	D35.0	NADNERCZA
641.	CARBOPLATINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
642.	CARBOPLATINUM	D35.2	PRZYSADKA
643.	CARBOPLATINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
644.	CARBOPLATINUM	D35.4	SZYSZYNKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
645.	CARBOPLATINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
646.	CARBOPLATINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
647.	CARBOPLATINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
648.	CARBOPLATINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
649.	CARBOPLATINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
650.	CARBOPLATINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOT WÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
651.	CARBOPLATINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
652.	CARBOPLATINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
653.	CARBOPLATINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
654.	CARBOPLATINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOT WÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
655.	CARBOPLATINUM	D37	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
656.	CARBOPLATINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
657.	CARBOPLATINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
658.	CARBOPLATINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
659.	CARBOPLATINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
660.	CARBOPLATINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
661.	CARBOPLATINUM	D37.5	ODBYTNICA
662.	CARBOPLATINUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
663.	CARBOPLATINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	CARBOPLATINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	CARBOPLATINUM	D38	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
666.	CARBOPLATINUM	D38.0	KRTAŃ
667.	CARBOPLATINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
668.	CARBOPLATINUM	D38.2	OPLUCNA
669.	CARBOPLATINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
670.	CARBOPLATINUM	D38.4	GRASICA
671.	CARBOPLATINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
672.	CARBOPLATINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
673.	CARBOPLATINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
674.	CARBOPLATINUM	D39.0	MACICA
675.	CARBOPLATINUM	D39.1	JAJNIK
676.	CARBOPLATINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
677.	CARBOPLATINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
678.	CARBOPLATINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
679.	CARBOPLATINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
680.	CARBOPLATINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
681.	CARBOPLATINUM	D40.1	JĄDRO
682.	CARBOPLATINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
683.	CARBOPLATINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
684.	CARBOPLATINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
685.	CARBOPLATINUM	D41.0	NERKA
686.	CARBOPLATINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
687.	CARBOPLATINUM	D41.2	MOCZOWÓD
688.	CARBOPLATINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
689.	CARBOPLATINUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
690.	CARBOPLATINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
691.	CARBOPLATINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
692.	CARBOPLATINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
693.	CARBOPLATINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
694.	CARBOPLATINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
695.	CARBOPLATINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
696.	CARBOPLATINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
697.	CARBOPLATINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
698.	CARBOPLATINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
699.	CARBOPLATINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
700.	CARBOPLATINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
701.	CARBOPLATINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
702.	CARBOPLATINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
703.	CARBOPLATINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
704.	CARBOPLATINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
705.	CARBOPLATINUM	D44.0	TARCZYCA
706.	CARBOPLATINUM	D44.1	NADNERCZA
707.	CARBOPLATINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
708.	CARBOPLATINUM	D44.3	PRZYSADKA
709.	CARBOPLATINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
710.	CARBOPLATINUM	D44.5	SZYSZYNKA
711.	CARBOPLATINUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
712.	CARBOPLATINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
713.	CARBOPLATINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
714.	CARBOPLATINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
715.	CARBOPLATINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
716.	CARBOPLATINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	CARBOPLATINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
718.	CARBOPLATINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
719.	CARBOPLATINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
720.	CARBOPLATINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
721.	CARBOPLATINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
722.	CARBOPLATINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
723.	CARBOPLATINUM	D48.4	OTRZEWNA
724.	CARBOPLATINUM	D48.5	SKÓRA
725.	CARBOPLATINUM	D48.6	SUTEK
726.	CARBOPLATINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
727.	CARBOPLATINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
728.	CARBOPLATINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
729.	CARBOPLATINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
730.	CARBOPLATINUM	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
731.	CARBOPLATINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTĄĆ NIE-NEUROPATYCZNA
732.	CARBOPLATINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTĄĆ NEUROPATYCZNA
733.	CARBOPLATINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
734.	<b>CARBOPLATINUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
735.	<b>CARBOPLATINUM</b>	E85.4	ZŁOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
736.	<b>CARBOPLATINUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
737.	<b>CARBOPLATINUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.8.

## CHLORAMBUCILUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CHLORAMBUCILUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
2	CHLORAMBUCILUM	C81	CHOROBA HODGKINA
3	CHLORAMBUCILUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
4	CHLORAMBUCILUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
5	CHLORAMBUCILUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
6	CHLORAMBUCILUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
7	CHLORAMBUCILUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
8	CHLORAMBUCILUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
9	CHLORAMBUCILUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
10	CHLORAMBUCILUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
11	CHLORAMBUCILUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
12	CHLORAMBUCILUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
13	CHLORAMBUCILUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
14	CHLORAMBUCILUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
15	CHLORAMBUCILUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
16	CHLORAMBUCILUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
17	CHLORAMBUCILUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
18	CHLORAMBUCILUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	CHLORAMBUCILUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
20	CHLORAMBUCILUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	CHLORAMBUCILUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
22	CHLORAMBUCILUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
23	CHLORAMBUCILUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
24	CHLORAMBUCILUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
25	CHLORAMBUCILUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26	CHLORAMBUCILUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
27	CHLORAMBUCILUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
28	CHLORAMBUCILUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
29	CHLORAMBUCILUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
30	CHLORAMBUCILUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
31	CHLORAMBUCILUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
32	CHLORAMBUCILUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
33	CHLORAMBUCILUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
34	CHLORAMBUCILUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
35	CHLORAMBUCILUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
36	CHLORAMBUCILUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
37	CHLORAMBUCILUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	CHLORAMBUCILUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
39	CHLORAMBUCILUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
40	CHLORAMBUCILUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
41	CHLORAMBUCILUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
42	CHLORAMBUCILUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	CHLORAMBUCILUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
44	CHLORAMBUCILUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
45	CHLORAMBUCILUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
46	CHLORAMBUCILUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
47	CHLORAMBUCILUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.10.

## CICLOSPORINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CICLOSPORINUM	D61	INNE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
2	CICLOSPORINUM	D61.0	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA KONSTYTUCJONALNA
3	CICLOSPORINUM	D61.1	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA WYWOŁANA LEKAMI
4	CICLOSPORINUM	D61.2	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA SPOWODOWANA INNYMI CZYNNIKAMI ZEWNĘTRZNYMI
5	CICLOSPORINUM	D61.3	NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA IDIOPATYCZNA
6	CICLOSPORINUM	D61.8	INNE OKREŚLONE NIEDOKRWISTOŚCI APLASTYCZNE
7	CICLOSPORINUM	D61.9	NIEOKREŚLONA NIEDOKRWISTOŚĆ APLASTYCZNA
8	CICLOSPORINUM	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
9	CICLOSPORINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
10	CICLOSPORINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
11	CICLOSPORINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
12	CICLOSPORINUM	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
13	CICLOSPORINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
14	CICLOSPORINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
15	CICLOSPORINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
16	CICLOSPORINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.11.

## CISPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CISPLATINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	CISPLATINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	CISPLATINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	CISPLATINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	CISPLATINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	CISPLATINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	CISPLATINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	CISPLATINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	CISPLATINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	CISPLATINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	CISPLATINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	CISPLATINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	CISPLATINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	CISPLATINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	CISPLATINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	CISPLATINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	CISPLATINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	CISPLATINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	CISPLATINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	CISPLATINUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	CISPLATINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	CISPLATINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	CISPLATINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	CISPLATINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	CISPLATINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	CISPLATINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	CISPLATINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	CISPLATINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	CISPLATINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	CISPLATINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	CISPLATINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	CISPLATINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	CISPLATINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	CISPLATINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	CISPLATINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	CISPLATINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	CISPLATINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	CISPLATINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	CISPLATINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	CISPLATINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	CISPLATINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	CISPLATINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	CISPLATINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	CISPLATINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
45	CISPLATINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	CISPLATINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	CISPLATINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	CISPLATINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	CISPLATINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	CISPLATINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	CISPLATINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	CISPLATINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	CISPLATINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	CISPLATINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	CISPLATINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	CISPLATINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	CISPLATINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	CISPLATINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	CISPLATINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	CISPLATINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	CISPLATINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	CISPLATINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	CISPLATINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	CISPLATINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	CISPLATINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	CISPLATINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	CISPLATINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	CISPLATINUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	CISPLATINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
70	CISPLATINUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	CISPLATINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72	CISPLATINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73	CISPLATINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	CISPLATINUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	CISPLATINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	CISPLATINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	CISPLATINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	CISPLATINUM	C15	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZELYKU
79	CISPLATINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZELYKU
80	CISPLATINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELYKU
81	CISPLATINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELYKU
82	CISPLATINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
83	CISPLATINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
84	CISPLATINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
85	CISPLATINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZELYKU
86	CISPLATINUM	C15.9	PRZELYK, NIEOKREŚLONY
87	CISPLATINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	CISPLATINUM	C16.0	WPUST
89	CISPLATINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90	CISPLATINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	CISPLATINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	CISPLATINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
93	CISPLATINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
94	CISPLATINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	CISPLATINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	CISPLATINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	CISPLATINUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	CISPLATINUM	C17.0	DWUNASTNICA
99	CISPLATINUM	C17.1	JELITO CZCZE
100	CISPLATINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
101	CISPLATINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
102	CISPLATINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	CISPLATINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	CISPLATINUM	C18	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	CISPLATINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	CISPLATINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	CISPLATINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	CISPLATINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	CISPLATINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	CISPLATINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	CISPLATINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	CISPLATINUM	C18.7	ESICA
113	CISPLATINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114	CISPLATINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	CISPLATINUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	CISPLATINUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	CISPLATINUM	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	CISPLATINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
119	CISPLATINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	CISPLATINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	CISPLATINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTUI KANAŁU ODBYTU
122	CISPLATINUM	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	CISPLATINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	CISPLATINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	CISPLATINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	CISPLATINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	CISPLATINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	CISPLATINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	CISPLATINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	CISPLATINUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
131	CISPLATINUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
132	CISPLATINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
133	CISPLATINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	CISPLATINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
135	CISPLATINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	CISPLATINUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137	CISPLATINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	CISPLATINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	CISPLATINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	CISPLATINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	CISPLATINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
142	CISPLATINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
143	CISPLATINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	CISPLATINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	CISPLATINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	CISPLATINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	CISPLATINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
148	CISPLATINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	CISPLATINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150	CISPLATINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	CISPLATINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
152	CISPLATINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	CISPLATINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	CISPLATINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	CISPLATINUM	C31.1	KOMÓRKI SIOWE
156	CISPLATINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	CISPLATINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	CISPLATINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	CISPLATINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	CISPLATINUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
161	CISPLATINUM	C32.0	GŁOŚNIA
162	CISPLATINUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	CISPLATINUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	CISPLATINUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	CISPLATINUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	CISPLATINUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	CISPLATINUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
168	CISPLATINUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
169	CISPLATINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
170	CISPLATINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
171	CISPLATINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
172	CISPLATINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
173	CISPLATINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
174	CISPLATINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
175	CISPLATINUM	C37	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
176	CISPLATINUM	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
177	CISPLATINUM	C38.0	SERCE
178	CISPLATINUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
179	CISPLATINUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
180	CISPLATINUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
181	CISPLATINUM	C38.4	OPLUCNA
182	CISPLATINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
183	CISPLATINUM	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
184	CISPLATINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
185	CISPLATINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
186	CISPLATINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
187	CISPLATINUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
188	CISPLATINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
189	CISPLATINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
190	CISPLATINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
191	CISPLATINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
192	CISPLATINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
193	CISPLATINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
194	CISPLATINUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
195	CISPLATINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
196	CISPLATINUM	C41.1	ŻUCHWA
197	CISPLATINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
198	CISPLATINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
199	CISPLATINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
200	CISPLATINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
201	CISPLATINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
202	CISPLATINUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
203	CISPLATINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
204	CISPLATINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
205	CISPLATINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
206	CISPLATINUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
207	CISPLATINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
208	CISPLATINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
209	CISPLATINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
210	CISPLATINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
211	CISPLATINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
212	CISPLATINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
213	CISPLATINUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
214	CISPLATINUM	C44.0	SKÓRA WARGI
215	CISPLATINUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
216	CISPLATINUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
217	CISPLATINUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
218	CISPLATINUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
219	CISPLATINUM	C44.5	SKÓRA TŁOŁOWIA
220	CISPLATINUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
221	CISPLATINUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
222	CISPLATINUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
223	CISPLATINUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
224	CISPLATINUM	C45	MIĘDZYBŁONIAK
225	CISPLATINUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
226	CISPLATINUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
227	CISPLATINUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
228	CISPLATINUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
229	CISPLATINUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
230	CISPLATINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
231	CISPLATINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
232	CISPLATINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
233	CISPLATINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
234	CISPLATINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
235	CISPLATINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
236	CISPLATINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
237	CISPLATINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TŁOŁOWIA, NIEOKREŚLONE
238	CISPLATINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
239	CISPLATINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
240	CISPLATINUM	C48	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
241	CISPLATINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
242	CISPLATINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
243	CISPLATINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
244	CISPLATINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
245	CISPLATINUM	C49	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE T KANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
246	CISPLATINUM	C49.0	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
247	CISPLATINUM	C49.1	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
248	CISPLATINUM	C49.2	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
249	CISPLATINUM	C49.3	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
250	CISPLATINUM	C49.4	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
251	CISPLATINUM	C49.5	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
252	CISPLATINUM	C49.6	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
253	CISPLATINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I T KANKI MIĘKKIEJ
254	CISPLATINUM	C49.9	T KANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
255	CISPLATINUM	C50	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUT KA
256	CISPLATINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUT KOWEJ
257	CISPLATINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUT KA
258	CISPLATINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUT KA
259	CISPLATINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUT KA
260	CISPLATINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUT KA
261	CISPLATINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUT KA
262	CISPLATINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUT KA
263	CISPLATINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUT KA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
264	CISPLATINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
265	CISPLATINUM	C51	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SROMU
266	CISPLATINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
267	CISPLATINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
268	CISPLATINUM	C51.2	ŁECHT ACZKA
269	CISPLATINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
270	CISPLATINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
271	CISPLATINUM	C52	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
272	CISPLATINUM	C53	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
273	CISPLATINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
274	CISPLATINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
275	CISPLATINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
276	CISPLATINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
277	CISPLATINUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
278	CISPLATINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
279	CISPLATINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
280	CISPLATINUM	C54.2	MIEŚNIÓWKA MACICY
281	CISPLATINUM	C54.3	DNO MACICY
282	CISPLATINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
283	CISPLATINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
284	CISPLATINUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
285	CISPLATINUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
286	CISPLATINUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
287	CISPLATINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
288	CISPLATINUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
289	CISPLATINUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
290	CISPLATINUM	C57.3	PRZYMAGICZA
291	CISPLATINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
292	CISPLATINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
293	CISPLATINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294	CISPLATINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295	CISPLATINUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
296	CISPLATINUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
297	CISPLATINUM	C60.0	NAPLETEK
298	CISPLATINUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
299	CISPLATINUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
300	CISPLATINUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
301	CISPLATINUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
302	CISPLATINUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
303	CISPLATINUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
304	CISPLATINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
305	CISPLATINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
306	CISPLATINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
307	CISPLATINUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
308	CISPLATINUM	C63.0	NAJĄDRZE
309	CISPLATINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
310	CISPLATINUM	C63.2	MOSZNA
311	CISPLATINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
312	CISPLATINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
313	CISPLATINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
314	CISPLATINUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
315	CISPLATINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
316	CISPLATINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
317	CISPLATINUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
318	CISPLATINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
319	CISPLATINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
320	CISPLATINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
321	CISPLATINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
322	CISPLATINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
323	CISPLATINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
324	CISPLATINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
325	CISPLATINUM	C67.7	MOCZOWNIK
326	CISPLATINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
327	CISPLATINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
328	CISPLATINUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
329	CISPLATINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
330	CISPLATINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
331	CISPLATINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
332	CISPLATINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
333	CISPLATINUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
334	CISPLATINUM	C69.0	SPOJÓWKA
335	CISPLATINUM	C69.1	ROGÓWKA
336	CISPLATINUM	C69.2	SIATKÓWKA
337	CISPLATINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
338	CISPLATINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
339	CISPLATINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
340	CISPLATINUM	C69.6	OCZODÓŁ
341	CISPLATINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
342	CISPLATINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
343	CISPLATINUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
344	CISPLATINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
345	CISPLATINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
346	CISPLATINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
347	CISPLATINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
348	CISPLATINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
349	CISPLATINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
350	CISPLATINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
351	CISPLATINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
352	CISPLATINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
353	CISPLATINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
354	CISPLATINUM	C71.6	MÓZDŻEK
355	CISPLATINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
356	CISPLATINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
357	CISPLATINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
358	CISPLATINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
359	CISPLATINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
360	CISPLATINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
361	CISPLATINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
362	CISPLATINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
363	CISPLATINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
364	CISPLATINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
365	CISPLATINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
366	CISPLATINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
367	CISPLATINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
368	CISPLATINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
369	CISPLATINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
370	CISPLATINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
371	CISPLATINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
372	CISPLATINUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
373	CISPLATINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
374	CISPLATINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
375	CISPLATINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
376	CISPLATINUM	C75.3	SZYSZYNKA
377	CISPLATINUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
378	CISPLATINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRZYWOJOWE
379	CISPLATINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
380	CISPLATINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
381	CISPLATINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
382	CISPLATINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
383	CISPLATINUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
384	CISPLATINUM	C76.2	BRZUCH
385	CISPLATINUM	C76.3	MIEDNICA
386	CISPLATINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
387	CISPLATINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
388	CISPLATINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
389	CISPLATINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
390	CISPLATINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
391	CISPLATINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
392	CISPLATINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KLATKI PIERSIOWEJ
393	CISPLATINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
394	CISPLATINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
395	CISPLATINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
396	CISPLATINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
397	CISPLATINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
398	CISPLATINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
399	CISPLATINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
400	CISPLATINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
401	CISPLATINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
402	CISPLATINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
403	CISPLATINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
404	CISPLATINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
405	CISPLATINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
406	CISPLATINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
407	CISPLATINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
408	CISPLATINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
409	CISPLATINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
410	CISPLATINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
411	CISPLATINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
412	CISPLATINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
413	CISPLATINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
414	CISPLATINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
415	CISPLATINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
416	CISPLATINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
417	CISPLATINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
418	CISPLATINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
419	CISPLATINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
420	CISPLATINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
421	CISPLATINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
422	CISPLATINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
423	CISPLATINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
424	CISPLATINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
425	CISPLATINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
426	CISPLATINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
427	CISPLATINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
428	CISPLATINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
429	CISPLATINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
430	CISPLATINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
431	CISPLATINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
432	CISPLATINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
433	CISPLATINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
434	CISPLATINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
435	CISPLATINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
436	CISPLATINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
437	CISPLATINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
438	CISPLATINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
439	CISPLATINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
440	CISPLATINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
441	CISPLATINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
442	CISPLATINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
443	CISPLATINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
444	CISPLATINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
445	CISPLATINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
446	CISPLATINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
447	CISPLATINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
448	CISPLATINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
449	CISPLATINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
450	CISPLATINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
451	CISPLATINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
452	CISPLATINUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
453	CISPLATINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
454	CISPLATINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
455	CISPLATINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
456	CISPLATINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
457	CISPLATINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENST RÖMA
458	CISPLATINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
459	CISPLATINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
460	CISPLATINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
461	CISPLATINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
462	CISPLATINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
463	CISPLATINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
464	CISPLATINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
465	CISPLATINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
466	CISPLATINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
467	CISPLATINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
468	CISPLATINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
469	CISPLATINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
470	CISPLATINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
471	CISPLATINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
472	CISPLATINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
473	CISPLATINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
474	CISPLATINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
475	CISPLATINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
476	CISPLATINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
477	CISPLATINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
478	CISPLATINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
479	CISPLATINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
480	CISPLATINUM	C92.3	MIEŚSAK SZPIKOWY
481	CISPLATINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
482	CISPLATINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
483	CISPLATINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
484	CISPLATINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
485	CISPLATINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
486	CISPLATINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
487	CISPLATINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
488	CISPLATINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
489	CISPLATINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
490	CISPLATINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
491	CISPLATINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
492	CISPLATINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
493	CISPLATINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
494	CISPLATINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
495	CISPLATINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
496	CISPLATINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
497	CISPLATINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
498	CISPLATINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
499	CISPLATINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
500	CISPLATINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
501	CISPLATINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
502	CISPLATINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
503	CISPLATINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
504	CISPLATINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
505	CISPLATINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
506	CISPLATINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
507	CISPLATINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
508	CISPLATINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
509	CISPLATINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
510	CISPLATINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
511	CISPLATINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
512	CISPLATINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
513	CISPLATINUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
514	CISPLATINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
515	CISPLATINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
516	CISPLATINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
517	CISPLATINUM	D01.2	ODBYTNICA
518	CISPLATINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
519	CISPLATINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
520	CISPLATINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
521	CISPLATINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
522	CISPLATINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
523	CISPLATINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
524	CISPLATINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
525	CISPLATINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
526	CISPLATINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
527	CISPLATINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
528	CISPLATINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
529	CISPLATINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
530	CISPLATINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
531	CISPLATINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	CISPLATINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
533	CISPLATINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
534	CISPLATINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
535	CISPLATINUM	D06.0	BLONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
536	CISPLATINUM	D06.1	BLONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
537	CISPLATINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
538	CISPLATINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
539	CISPLATINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
540	CISPLATINUM	D07.0	BLONA ŚLUZOWA MACICY
541	CISPLATINUM	D07.1	SROM
542	CISPLATINUM	D07.2	POCHWA
543	CISPLATINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
544	CISPLATINUM	D07.4	PRĄCIE
545	CISPLATINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
546	CISPLATINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
547	CISPLATINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
548	CISPLATINUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
549	CISPLATINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
550	CISPLATINUM	D09.2	OKO
551	CISPLATINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
552	CISPLATINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
553	CISPLATINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
554	CISPLATINUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
555	CISPLATINUM	D10.0	WARGA
556	CISPLATINUM	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
557	CISPLATINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
558	CISPLATINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
559	CISPLATINUM	D10.4	MIGDAŁEK
560	CISPLATINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
561	CISPLATINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
562	CISPLATINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
563	CISPLATINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
564	CISPLATINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
565	CISPLATINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
566	CISPLATINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
567	CISPLATINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
568	CISPLATINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
569	CISPLATINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
570	CISPLATINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
571	CISPLATINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
572	CISPLATINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
573	CISPLATINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
574	CISPLATINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
575	CISPLATINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
576	CISPLATINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
577	CISPLATINUM	D12.8	ODBYTNICA
578	CISPLATINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
579	CISPLATINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
580	CISPLATINUM	D13.0	PRZELYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
581	CISPLATINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
582	CISPLATINUM	D13.2	DWUNASTNICA
583	CISPLATINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
584	CISPLATINUM	D13.4	WĄTROBA
585	CISPLATINUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
586	CISPLATINUM	D13.6	TRZUSTKA
587	CISPLATINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
588	CISPLATINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
589	CISPLATINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
590	CISPLATINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
591	CISPLATINUM	D14.1	KRTAŃ
592	CISPLATINUM	D14.2	TCHAWICA
593	CISPLATINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
594	CISPLATINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
595	CISPLATINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
596	CISPLATINUM	D15.0	GRASICA
597	CISPLATINUM	D15.1	SERCE
598	CISPLATINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
599	CISPLATINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
600	CISPLATINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
601	CISPLATINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
602	CISPLATINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
603	CISPLATINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
604	CISPLATINUM	D16.2	KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
605	CISPLATINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
606	CISPLATINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
607	CISPLATINUM	D16.5	ŻUCHWA
608	CISPLATINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
609	CISPLATINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
610	CISPLATINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
611	CISPLATINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
612	CISPLATINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
613	CISPLATINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
614	CISPLATINUM	D20.1	OTRZEWNA
615	CISPLATINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
616	CISPLATINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
617	CISPLATINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
618	CISPLATINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
619	CISPLATINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
620	CISPLATINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
621	CISPLATINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
622	CISPLATINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
623	CISPLATINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
624	CISPLATINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
625	CISPLATINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
626	CISPLATINUM	D28.0	SROM
627	CISPLATINUM	D28.1	POCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
628	CISPLATINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
629	CISPLATINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
630	CISPLATINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
631	CISPLATINUM	D29	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
632	CISPLATINUM	D29.0	PRAĆCIE
633	CISPLATINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
634	CISPLATINUM	D29.2	JĄDRO
635	CISPLATINUM	D29.3	NAJĄDRZE
636	CISPLATINUM	D29.4	MOSZNA
637	CISPLATINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
638	CISPLATINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
639	CISPLATINUM	D30	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
640	CISPLATINUM	D30.0	NERKA
641	CISPLATINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
642	CISPLATINUM	D30.2	MOCZOWÓD
643	CISPLATINUM	D30.3	PĘCZERZ MOCZOWY
644	CISPLATINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
645	CISPLATINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
646	CISPLATINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
647	CISPLATINUM	D31	NIEZŁOŚLIWYNOWOTWÓR OKA
648	CISPLATINUM	D31.0	SPOJÓWKA
649	CISPLATINUM	D31.1	ROGÓWKA
650	CISPLATINUM	D31.2	SIATKÓWKA
651	CISPLATINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
652	CISPLATINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
653	CISPLATINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
654	CISPLATINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
655	CISPLATINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
656	CISPLATINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
657	CISPLATINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
658	CISPLATINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
659	CISPLATINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
660	CISPLATINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
661	CISPLATINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIAOTOWE
662	CISPLATINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIAOTOWE
663	CISPLATINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
664	CISPLATINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
665	CISPLATINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
666	CISPLATINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
667	CISPLATINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
668	CISPLATINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
669	CISPLATINUM	D35.0	NADNERCZA
670	CISPLATINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
671	CISPLATINUM	D35.2	PRZYSADKA
672	CISPLATINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
673	CISPLATINUM	D35.4	SZYSZYŃKA
674	CISPLATINUM	D35.5	KLĘBEK SZYJNY
675	CISPLATINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
676	CISPLATINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
677	CISPLATINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
678	CISPLATINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
679	CISPLATINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
680	CISPLATINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
681	CISPLATINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
682	CISPLATINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
683	CISPLATINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
684	CISPLATINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
685	CISPLATINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
686	CISPLATINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
687	CISPLATINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
688	CISPLATINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
689	CISPLATINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
690	CISPLATINUM	D37.5	ODBYTNICA
691	CISPLATINUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
692	CISPLATINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
693	CISPLATINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
694	CISPLATINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
695	CISPLATINUM	D38.0	KRTAŃ
696	CISPLATINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
697	CISPLATINUM	D38.2	OPŁUCNA
698	CISPLATINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
699	CISPLATINUM	D38.4	GRASICA
700	CISPLATINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
701	CISPLATINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
702	CISPLATINUM	D39	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
703	CISPLATINUM	D39.0	MACICA
704	CISPLATINUM	D39.1	JAJNIK
705	CISPLATINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
706	CISPLATINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
707	CISPLATINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
708	CISPLATINUM	D40	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
709	CISPLATINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
710	CISPLATINUM	D40.1	JĄDRO
711	CISPLATINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
712	CISPLATINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
713	CISPLATINUM	D41	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
714	CISPLATINUM	D41.0	NERKA
715	CISPLATINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
716	CISPLATINUM	D41.2	MOCZOWÓD
717	CISPLATINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
718	CISPLATINUM	D41.4	PEŁCZERZ MOCZOWY
719	CISPLATINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
720	CISPLATINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
721	CISPLATINUM	D42	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
722	CISPLATINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
723	CISPLATINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
724	CISPLATINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
725	CISPLATINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
726	CISPLATINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
727	CISPLATINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
728	CISPLATINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
729	CISPLATINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
730	CISPLATINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
731	CISPLATINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
732	CISPLATINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
733	CISPLATINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
734	CISPLATINUM	D44.0	TARCZYCA
735	CISPLATINUM	D44.1	NADNERCZA
736	CISPLATINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
737	CISPLATINUM	D44.3	PRZYSADKA
738	CISPLATINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
739	CISPLATINUM	D44.5	SZYSZYNKA
740	CISPLATINUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
741	CISPLATINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
742	CISPLATINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
743	CISPLATINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
744	CISPLATINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
745	CISPLATINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
746	CISPLATINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
747	CISPLATINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
748	CISPLATINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
749	CISPLATINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
750	CISPLATINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
751	CISPLATINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNA
752	CISPLATINUM	D48.4	OTRZEWNA
753	CISPLATINUM	D48.5	SKÓRA
754	CISPLATINUM	D48.6	SUTEK
755	CISPLATINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
756	CISPLATINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
757	CISPLATINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
758	CISPLATINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
759	CISPLATINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
760	CISPLATINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
761	CISPLATINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
762	CISPLATINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
763	CISPLATINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
764	CISPLATINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
765	CISPLATINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
766	CISPLATINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.12.

## CLADRIBINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CLADRIBINUM	D76	NIEKTÓRE CHOROBY DOTYCZĄCE UKŁADU SIATECZKWO-ŚRÓDBŁONKOWEGO I CHŁONNEGO
2	CLADRIBINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
3	CLADRIBINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
4	CLADRIBINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
5	CLADRIBINUM	D76.3	INNE ZESPOŁY HISTIOCYTOWE
6	CLADRIBINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
7	CLADRIBINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
8	CLADRIBINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
9	CLADRIBINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
10	CLADRIBINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
11	CLADRIBINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
12	CLADRIBINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
13	CLADRIBINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE)
14	CLADRIBINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANE)
15	CLADRIBINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANE)
16	CLADRIBINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANE)
17	CLADRIBINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANE)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
18	CLADRIBINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
19	CLADRIBINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
20	CLADRIBINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
21	CLADRIBINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
22	CLADRIBINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
23	CLADRIBINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24	CLADRIBINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
25	CLADRIBINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
26	CLADRIBINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
27	CLADRIBINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
28	CLADRIBINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
29	CLADRIBINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
30	CLADRIBINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
31	CLADRIBINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
32	CLADRIBINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
33	CLADRIBINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
34	CLADRIBINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
35	CLADRIBINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36	CLADRIBINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
37	CLADRIBINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
38	CLADRIBINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
39	CLADRIBINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
40	CLADRIBINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
41	CLADRIBINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42	CLADRIBINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
43	CLADRIBINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
44	CLADRIBINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
45	CLADRIBINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
46	CLADRIBINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
47	CLADRIBINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
48	CLADRIBINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
49	CLADRIBINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
50	CLADRIBINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
51	CLADRIBINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
52	CLADRIBINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
53	CLADRIBINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	CLADRIBINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	CLADRIBINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
56	CLADRIBINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
57	CLADRIBINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
58	CLADRIBINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
59	CLADRIBINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
60	CLADRIBINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
61	CLADRIBINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
62	CLADRIBINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	CLADRIBINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	CLADRIBINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	CLADRIBINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
66	CLADRIBINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
67	CLADRIBINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
68	CLADRIBINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
69	CLADRIBINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
70	CLADRIBINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
71	CLADRIBINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
72	CLADRIBINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
73	CLADRIBINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
74	CLADRIBINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
75	CLADRIBINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
76	CLADRIBINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	CLADRIBINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	CLADRIBINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	CLADRIBINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
80	CLADRIBINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81	CLADRIBINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
82	CLADRIBINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
83	CLADRIBINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
84	CLADRIBINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
85	CLADRIBINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
86	CLADRIBINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
87	CLADRIBINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
88	CLADRIBINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
89	CLADRIBINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
90	CLADRIBINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIEINDZIEJ

Załącznik C.13.

## CYKLOPHOSPHAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNEBIENNO-GARDŁOWY)
50	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.0	WPUST
80	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.7	ESICA
104	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICZY
108	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.0	SERCE
162	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.4	OPLUCNA
166	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
167	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.1	ŻUCHWA
181	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
198	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.0	SKÓRA WARGI
199	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
200	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
201	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
202	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
203	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
204	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
205	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
206	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C44.9	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
208	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
209	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
210	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
211	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
212	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
213	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
214	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
215	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
216	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
217	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
218	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C48	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
219	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
220	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
221	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
222	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
223	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
224	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
225	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
226	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
227	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
228	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
229	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
230	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
231	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
232	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
233	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
234	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
235	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
236	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
237	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
238	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
239	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
240	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
241	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
242	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
243	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
244	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
245	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
246	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51.2	ŁECHTACZKA
247	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
248	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
249	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
250	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
251	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
252	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
254	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
255	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
256	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
257	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
258	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.2	MIEŚNIÓWKA MACICY
259	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.3	DNO MACICY
260	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
261	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
262	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
263	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
264	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
266	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
267	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁE MACICY
268	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.3	PRZYMAGICZA
269	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
270	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
271	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
272	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
273	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
274	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
275	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60.0	NAPLETEK
276	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60.1	ZOŁĄDŻ PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
277	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
278	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
279	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
280	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
281	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
282	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
283	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
284	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
285	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
286	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.0	NAJĄDRZE
287	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
288	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.2	MOSZNA
289	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
290	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
291	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
292	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
293	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
294	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
295	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
296	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
297	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO
298	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
299	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
300	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
301	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
302	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
303	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.7	MOCZOWNIK
304	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO
305	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C67.9	PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
306	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
307	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
308	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
309	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
310	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
311	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
312	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.0	SPOJÓWKA
313	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.1	ROGÓWKA
314	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.2	SIATKÓWKA
315	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
316	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
317	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
318	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.6	OCZODÓŁ
319	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
320	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
321	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
322	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
323	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
324	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
325	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
326	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
327	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
328	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
329	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
330	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
331	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
332	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
333	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
334	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
335	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
336	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
337	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
338	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.1	OGON KOŃSKI
339	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
340	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY
341	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
342	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
343	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
344	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
345	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
346	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
347	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74.0	KORA NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
348	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
349	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
350	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
351	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
352	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
353	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
354	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.3	SZYSZYŃKA
355	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
356	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
357	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
358	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
359	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
360	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
361	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
362	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.2	BRZUCH
363	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.3	MIEDNICA
364	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
365	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
366	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
367	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
368	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
369	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
370	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
372	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
373	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
374	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
375	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
376	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
377	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
378	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
379	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
380	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
381	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
382	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
383	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYT NICY
384	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
385	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
386	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
387	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
388	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
389	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
390	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
391	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
392	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
394	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
395	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
396	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
397	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
398	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA
399	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
400	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
401	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
402	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.3	ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW
403	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
404	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
405	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
406	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
407	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
408	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
409	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
410	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
411	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
412	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
413	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
414	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
415	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
416	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
417	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
418	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
419	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
420	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
421	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
422	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
423	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
424	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
425	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
426	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
427	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
428	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
429	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
430	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
431	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
432	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
433	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
434	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
435	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
436	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
437	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
438	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
439	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
440	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
441	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
442	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
443	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNAKOMÓRKOWA
444	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
445	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
446	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
447	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
448	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
449	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
450	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
451	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
452	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
453	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
454	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
456	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
457	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
458	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.3	MIEŚAK SZPIKOWY
459	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
460	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
461	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
462	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
463	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
464	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
466	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
469	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
470	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
471	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
472	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
473	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
474	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
475	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
476	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
477	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
480	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
483	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
484	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
485	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
486	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
487	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
488	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
489	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
490	CYKLOPHOSPHAMIDUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
491	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
492	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.0	OKRĘŻNICA
493	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
494	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.2	ODBYTNICA
495	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
496	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
497	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
498	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
499	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
500	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03	CZERNIAK IN SITU
501	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
502	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
503	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
504	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
505	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
506	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
507	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
508	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
509	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
510	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
511	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
512	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
513	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
514	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
515	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
516	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
517	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
518	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.1	SROM
519	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.2	POCHWA
520	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
521	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.4	PRĄCIE
522	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
523	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
524	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
525	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
526	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
527	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.2	OKO
528	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
529	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
530	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
531	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
532	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.0	WARGA
533	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
534	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
535	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
536	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.4	MIGDAŁEK
537	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
538	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
539	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
540	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
541	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
542	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
543	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
544	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
545	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
546	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
547	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
548	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
549	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
550	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
551	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
552	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
553	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
554	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.8	ODBYTNICA
555	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
556	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
557	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.0	PRZEŁYK
558	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
559	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.2	DWUNASTNICA
560	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
561	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.4	WĄTROBA
562	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZĄTROBOWE
563	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.6	TRZUSTKA
564	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
565	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
566	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
567	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
568	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.1	KRTAŃ
569	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.2	TCHAWICA
570	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
571	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
572	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
573	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.0	GRASICA
574	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.1	SERCE
575	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
576	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
577	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
578	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
579	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
580	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
581	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
582	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
583	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
584	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.5	ŻUCHWA
585	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
586	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
587	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
588	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
589	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
590	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D18.0	NACZYNIANK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
591	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D18.1	NACZYNIANK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
592	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D19	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
593	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
594	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
595	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
596	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
597	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
598	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
599	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D20.1	OTRZEWNA
600	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
601	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
602	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
603	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
604	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
605	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
606	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
607	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
608	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
609	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
610	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
611	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28.0	SROM
612	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28.1	POCHWA
613	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
614	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
615	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
616	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
617	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.0	PRĄCIE
618	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
619	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.2	JĄDRO
620	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.3	NAJĄDRZE
621	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.4	MOSZNA
622	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
623	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
624	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
625	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.0	NERKA
626	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
627	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.2	MOCZOWÓD
628	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
629	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
630	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
631	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
632	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
633	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.0	SPOJÓWKA
634	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.1	ROGÓWKA
635	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.2	SIATKÓWKA
636	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
637	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
638	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
639	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
640	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
641	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
642	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
643	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
644	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
645	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
646	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIAOTOWE
647	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIAOTOWE
648	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
649	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
650	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
651	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
652	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
653	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
654	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.0	NADNERCZA
656	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
657	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.2	PRZYSADKA
658	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
659	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.4	SZYSZYŃKA
660	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.5	KLĘBEK SZYJNY
661	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
662	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
664	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
665	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
666	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
667	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
668	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
669	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
670	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
671	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
673	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.2	JELITO CIENKIE
674	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
675	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.4	OKRĘŻNICA
676	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.5	ODBYTNICA
677	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
678	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
679	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
680	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
681	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.0	KRTAŃ
682	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
683	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.2	OPLUCNA
684	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
685	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.4	GRASICA
686	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
687	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
688	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
689	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.0	MACICA
690	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.1	JAJNIK
691	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.2	ŁOŻYSKO
692	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
693	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
694	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
695	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
696	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40.1	JĄDRO
697	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
698	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
699	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
700	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.0	NERKA
701	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
702	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.2	MOCZOWÓD
703	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
704	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.4	PĘCZERZ MOCZOWY
705	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
706	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
707	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
708	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
709	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
710	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
711	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
712	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
713	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
714	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
715	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
716	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
717	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
718	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
719	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
720	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.0	TARCZYCA
721	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.1	NADNERCZA
722	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
723	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.3	PRZYSADKA
724	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
725	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.5	SZYSZYNKA
726	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
727	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
728	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
729	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
730	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
731	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
732	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
733	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW
734	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
735	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
736	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
737	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
738	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
739	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
740	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
741	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
742	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
743	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
744	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
745	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
746	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.4	OTRZEWNA
747	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.5	SKÓRA
748	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.6	SUTEK
749	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
750	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
751	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
752	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
753	CYKLOPHOSPHAMIDUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
754	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
755	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
759	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIAWATYCH
760	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
761	CYKLOPHOSPHAMIDUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.14.

## CYTARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CYTARABINUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
2	CYTARABINUM	C69.0	SPOJÓWKA
3	CYTARABINUM	C69.1	ROGÓWKA
4	CYTARABINUM	C69.2	SIATKÓWKA
5	CYTARABINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
6	CYTARABINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
7	CYTARABINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
8	CYTARABINUM	C69.6	OCZODÓŁ
9	CYTARABINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
10	CYTARABINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
11	CYTARABINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
12	CYTARABINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
13	CYTARABINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
14	CYTARABINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
15	CYTARABINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
16	CYTARABINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
17	CYTARABINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
18	CYTARABINUM	C71.6	MÓZDŻEK
19	CYTARABINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
20	CYTARABINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	CYTARABINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
22	CYTARABINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
23	CYTARABINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
24	CYTARABINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
25	CYTARABINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
26	CYTARABINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
27	CYTARABINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
28	CYTARABINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
29	CYTARABINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
30	CYTARABINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
31	CYTARABINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
32	CYTARABINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
33	CYTARABINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
34	CYTARABINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
35	CYTARABINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
36	CYTARABINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
37	CYTARABINUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
38	CYTARABINUM	C76.2	BRZUCH
39	CYTARABINUM	C76.3	MIEDNICA
40	CYTARABINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
41	CYTARABINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
42	CYTARABINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	CYTARABINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
44	CYTARABINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
45	CYTARABINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
46	CYTARABINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
47	CYTARABINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
48	CYTARABINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
49	CYTARABINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
50	CYTARABINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
51	CYTARABINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
52	CYTARABINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
53	CYTARABINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
54	CYTARABINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
55	CYTARABINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
56	CYTARABINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
57	CYTARABINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
58	CYTARABINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
59	CYTARABINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
60	CYTARABINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
61	CYTARABINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
62	CYTARABINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
63	CYTARABINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
64	CYTARABINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
65	CYTARABINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
66	CYTARABINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
67	CYTARABINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
68	CYTARABINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
69	CYTARABINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
70	CYTARABINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
71	CYTARABINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
72	CYTARABINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
73	CYTARABINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
74	CYTARABINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
75	CYTARABINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
76	CYTARABINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
77	CYTARABINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
78	CYTARABINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
79	CYTARABINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
80	CYTARABINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
81	CYTARABINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
82	CYTARABINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
83	CYTARABINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
84	CYTARABINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
85	CYTARABINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
86	CYTARABINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
87	CYTARABINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
88	CYTARABINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
89	CYTARABINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
90	CYTARABINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
91	CYTARABINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
92	CYTARABINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
93	CYTARABINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
94	CYTARABINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
95	CYTARABINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
96	CYTARABINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
97	CYTARABINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
98	CYTARABINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
99	CYTARABINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
100	CYTARABINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
101	CYTARABINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
102	CYTARABINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
103	CYTARABINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
104	CYTARABINUM	C92.3	MIEŚAK SZPIKOWY
105	CYTARABINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
106	CYTARABINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
107	CYTARABINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
108	CYTARABINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
109	CYTARABINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
110	CYTARABINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
111	CYTARABINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
112	CYTARABINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
113	CYTARABINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
114	CYTARABINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
115	CYTARABINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
116	CYTARABINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
117	CYTARABINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
118	CYTARABINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
119	CYTARABINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
120	CYTARABINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
121	CYTARABINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
122	CYTARABINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
123	CYTARABINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
124	CYTARABINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
125	CYTARABINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
126	CYTARABINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
127	CYTARABINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
128	CYTARABINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
129	CYTARABINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
130	CYTARABINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
131	CYTARABINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
132	CYTARABINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
133	CYTARABINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
134	CYTARABINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
135	CYTARABINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
136	CYTARABINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
137	CYTARABINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
138	CYTARABINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
139	CYTARABINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
140	CYTARABINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
141	CYTARABINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
142	CYTARABINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
143	CYTARABINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
144	CYTARABINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
145	CYTARABINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
146	CYTARABINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
147	CYTARABINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
148	CYTARABINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
149	CYTARABINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
150	CYTARABINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
151	CYTARABINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
152	CYTARABINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
153	CYTARABINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
154	CYTARABINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.16.

## DACARBAZINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DACARBAZINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	DACARBAZINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	DACARBAZINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	DACARBAZINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	DACARBAZINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	DACARBAZINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	DACARBAZINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	DACARBAZINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	DACARBAZINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	DACARBAZINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	DACARBAZINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	DACARBAZINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	DACARBAZINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	DACARBAZINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	DACARBAZINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	DACARBAZINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	DACARBAZINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	DACARBAZINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	DACARBAZINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	DACARBAZINUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	DACARBAZINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	DACARBAZINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	DACARBAZINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	DACARBAZINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	DACARBAZINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	DACARBAZINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	DACARBAZINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	DACARBAZINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	DACARBAZINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	DACARBAZINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	DACARBAZINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	DACARBAZINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	DACARBAZINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	DACARBAZINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	DACARBAZINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	DACARBAZINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	DACARBAZINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	DACARBAZINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	DACARBAZINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	DACARBAZINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	DACARBAZINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	DACARBAZINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	DACARBAZINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	DACARBAZINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	DACARBAZINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	DACARBAZINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	DACARBAZINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	DACARBAZINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	DACARBAZINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	DACARBAZINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	DACARBAZINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	DACARBAZINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	DACARBAZINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	DACARBAZINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	DACARBAZINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	DACARBAZINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	DACARBAZINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	DACARBAZINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	DACARBAZINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	DACARBAZINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	DACARBAZINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	DACARBAZINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	DACARBAZINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	DACARBAZINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	DACARBAZINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	DACARBAZINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	DACARBAZINUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	DACARBAZINUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	DACARBAZINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	DACARBAZINUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	DACARBAZINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	DACARBAZINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	DACARBAZINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	DACARBAZINUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	DACARBAZINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	DACARBAZINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	DACARBAZINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	DACARBAZINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	DACARBAZINUM	C16.0	WPUST
80	DACARBAZINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	DACARBAZINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	DACARBAZINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	DACARBAZINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	DACARBAZINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	DACARBAZINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	DACARBAZINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	DACARBAZINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	DACARBAZINUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	DACARBAZINUM	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	DACARBAZINUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	DACARBAZINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	DACARBAZINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	DACARBAZINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	DACARBAZINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	DACARBAZINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	DACARBAZINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	DACARBAZINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	DACARBAZINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	DACARBAZINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	DACARBAZINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	DACARBAZINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	DACARBAZINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	DACARBAZINUM	C18.7	ESICA
104	DACARBAZINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	DACARBAZINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	DACARBAZINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	DACARBAZINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICZY
108	DACARBAZINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	DACARBAZINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	DACARBAZINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	DACARBAZINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	DACARBAZINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	DACARBAZINUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	DACARBAZINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	DACARBAZINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	DACARBAZINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	DACARBAZINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	DACARBAZINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	DACARBAZINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	DACARBAZINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	DACARBAZINUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122	DACARBAZINUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123	DACARBAZINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124	DACARBAZINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	DACARBAZINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126	DACARBAZINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	DACARBAZINUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	DACARBAZINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	DACARBAZINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	DACARBAZINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	DACARBAZINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	DACARBAZINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	DACARBAZINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	DACARBAZINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	DACARBAZINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	DACARBAZINUM	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	DACARBAZINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	DACARBAZINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	DACARBAZINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	DACARBAZINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	DACARBAZINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	DACARBAZINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	DACARBAZINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	DACARBAZINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	DACARBAZINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	DACARBAZINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	DACARBAZINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	DACARBAZINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	DACARBAZINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	DACARBAZINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	DACARBAZINUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
152	DACARBAZINUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
153	DACARBAZINUM	C38.0	SERCE
154	DACARBAZINUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
155	DACARBAZINUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
156	DACARBAZINUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
157	DACARBAZINUM	C38.4	OPLUCNA
158	DACARBAZINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
159	DACARBAZINUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KŁATKI PIERSIOWEJ
160	DACARBAZINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	DACARBAZINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
162	DACARBAZINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
163	DACARBAZINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
164	DACARBAZINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
165	DACARBAZINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
166	DACARBAZINUM	C40.2	KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
167	DACARBAZINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
168	DACARBAZINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
169	DACARBAZINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
170	DACARBAZINUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
171	DACARBAZINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
172	DACARBAZINUM	C41.1	ŻUCHWA
173	DACARBAZINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
174	DACARBAZINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
175	DACARBAZINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
176	DACARBAZINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
177	DACARBAZINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
178	DACARBAZINUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
179	DACARBAZINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
180	DACARBAZINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
181	DACARBAZINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
182	DACARBAZINUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	DACARBAZINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
184	DACARBAZINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
185	DACARBAZINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
186	DACARBAZINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
187	DACARBAZINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
188	DACARBAZINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
189	DACARBAZINUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
190	DACARBAZINUM	C44.0	SKÓRA WARGI
191	DACARBAZINUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
192	DACARBAZINUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
193	DACARBAZINUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
194	DACARBAZINUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
195	DACARBAZINUM	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
196	DACARBAZINUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
197	DACARBAZINUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
198	DACARBAZINUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
199	DACARBAZINUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
200	DACARBAZINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
201	DACARBAZINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
202	DACARBAZINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
203	DACARBAZINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
204	DACARBAZINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
205	DACARBAZINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	DACARBAZINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
207	DACARBAZINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
208	DACARBAZINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
209	DACARBAZINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
210	DACARBAZINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
211	DACARBAZINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
212	DACARBAZINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
213	DACARBAZINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
214	DACARBAZINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
215	DACARBAZINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
216	DACARBAZINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
217	DACARBAZINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
218	DACARBAZINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
219	DACARBAZINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
220	DACARBAZINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
221	DACARBAZINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
222	DACARBAZINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
223	DACARBAZINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
224	DACARBAZINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
225	DACARBAZINUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
226	DACARBAZINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
227	DACARBAZINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
228	DACARBAZINUM	C51.2	ŁECHTACZKA
229	DACARBAZINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
230	DACARBAZINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
231	DACARBAZINUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
232	DACARBAZINUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
233	DACARBAZINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
234	DACARBAZINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
235	DACARBAZINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
236	DACARBAZINUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
237	DACARBAZINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
238	DACARBAZINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
239	DACARBAZINUM	C54.2	MIEŚNIÓWKA MACICY
240	DACARBAZINUM	C54.3	DNO MACICY
241	DACARBAZINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
242	DACARBAZINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
243	DACARBAZINUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
244	DACARBAZINUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
245	DACARBAZINUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
246	DACARBAZINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
247	DACARBAZINUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
248	DACARBAZINUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
249	DACARBAZINUM	C57.3	PRZYMACICZA
250	DACARBAZINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
251	DACARBAZINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	DACARBAZINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
253	DACARBAZINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
254	DACARBAZINUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
255	DACARBAZINUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
256	DACARBAZINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
257	DACARBAZINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
258	DACARBAZINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
259	DACARBAZINUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
260	DACARBAZINUM	C63.0	NAJĄDRZE
261	DACARBAZINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
262	DACARBAZINUM	C63.2	MOSZNA
263	DACARBAZINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
264	DACARBAZINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
265	DACARBAZINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
266	DACARBAZINUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
267	DACARBAZINUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
268	DACARBAZINUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
269	DACARBAZINUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
270	DACARBAZINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
271	DACARBAZINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
272	DACARBAZINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
273	DACARBAZINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
274	DACARBAZINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
275	DACARBAZINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	DACARBAZINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
277	DACARBAZINUM	C67.7	MOCZOWNIK
278	DACARBAZINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
279	DACARBAZINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
280	DACARBAZINUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
281	DACARBAZINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
282	DACARBAZINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
283	DACARBAZINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
284	DACARBAZINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
285	DACARBAZINUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
286	DACARBAZINUM	C69.0	SPOJÓWKA
287	DACARBAZINUM	C69.1	ROGÓWKA
288	DACARBAZINUM	C69.2	SIATKÓWKA
289	DACARBAZINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
290	DACARBAZINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
291	DACARBAZINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
292	DACARBAZINUM	C69.6	OCZODÓŁ
293	DACARBAZINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
294	DACARBAZINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
295	DACARBAZINUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON
296	DACARBAZINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
297	DACARBAZINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
298	DACARBAZINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
299	DACARBAZINUM	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	DACARBAZINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
301	DACARBAZINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
302	DACARBAZINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
303	DACARBAZINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
304	DACARBAZINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
305	DACARBAZINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
306	DACARBAZINUM	C71.6	MÓZDŻEK
307	DACARBAZINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
308	DACARBAZINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
309	DACARBAZINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
310	DACARBAZINUM	C72	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
311	DACARBAZINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
312	DACARBAZINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
313	DACARBAZINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
314	DACARBAZINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
315	DACARBAZINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
316	DACARBAZINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
317	DACARBAZINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
318	DACARBAZINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
319	DACARBAZINUM	C73	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
320	DACARBAZINUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
321	DACARBAZINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
322	DACARBAZINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
323	DACARBAZINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
324	DACARBAZINUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
325	DACARBAZINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
326	DACARBAZINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
327	DACARBAZINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
328	DACARBAZINUM	C75.3	SZYSZYNKA
329	DACARBAZINUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
330	DACARBAZINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
331	DACARBAZINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
332	DACARBAZINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
333	DACARBAZINUM	C76	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
334	DACARBAZINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
335	DACARBAZINUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
336	DACARBAZINUM	C76.2	BRZUCH
337	DACARBAZINUM	C76.3	MIEDNICA
338	DACARBAZINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
339	DACARBAZINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
340	DACARBAZINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
341	DACARBAZINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
342	DACARBAZINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
343	DACARBAZINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
344	DACARBAZINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KLATKI PIERSIOWEJ
345	DACARBAZINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
346	DACARBAZINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
347	DACARBAZINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
348	DACARBAZINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
349	DACARBAZINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
350	DACARBAZINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
351	DACARBAZINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
352	DACARBAZINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
353	DACARBAZINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
354	DACARBAZINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
355	DACARBAZINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
356	DACARBAZINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
357	DACARBAZINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
358	DACARBAZINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
359	DACARBAZINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
360	DACARBAZINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
361	DACARBAZINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
362	DACARBAZINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
363	DACARBAZINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
364	DACARBAZINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
365	DACARBAZINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
366	DACARBAZINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
367	DACARBAZINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368	DACARBAZINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
369	DACARBAZINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
370	DACARBAZINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371	DACARBAZINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
372	DACARBAZINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
373	DACARBAZINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
374	DACARBAZINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
375	DACARBAZINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
376	DACARBAZINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
377	DACARBAZINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
378	DACARBAZINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
379	DACARBAZINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
380	DACARBAZINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
381	DACARBAZINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
382	DACARBAZINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
383	DACARBAZINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
384	DACARBAZINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
385	DACARBAZINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
386	DACARBAZINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
387	DACARBAZINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
388	DACARBAZINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
389	DACARBAZINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
390	DACARBAZINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
391	DACARBAZINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
392	DACARBAZINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
393	DACARBAZINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
394	DACARBAZINUM	C83.8	INNE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
395	DACARBAZINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
396	DACARBAZINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
397	DACARBAZINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
398	DACARBAZINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
399	DACARBAZINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
400	DACARBAZINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
401	DACARBAZINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
402	DACARBAZINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
403	DACARBAZINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
404	DACARBAZINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
405	DACARBAZINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
406	DACARBAZINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
407	DACARBAZINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	DACARBAZINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
409	DACARBAZINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
410	DACARBAZINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
411	DACARBAZINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
412	DACARBAZINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
413	DACARBAZINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
414	DACARBAZINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	DACARBAZINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
416	DACARBAZINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
417	DACARBAZINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
418	DACARBAZINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
419	DACARBAZINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
420	DACARBAZINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
421	DACARBAZINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
422	DACARBAZINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
423	DACARBAZINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
424	DACARBAZINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
425	DACARBAZINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
426	DACARBAZINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
427	DACARBAZINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
428	DACARBAZINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
429	DACARBAZINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
430	DACARBAZINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
431	DACARBAZINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
432	DACARBAZINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
433	DACARBAZINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
434	DACARBAZINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
435	DACARBAZINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
436	DACARBAZINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
437	DACARBAZINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
438	DACARBAZINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
439	DACARBAZINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
440	DACARBAZINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
441	DACARBAZINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
442	DACARBAZINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
443	DACARBAZINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
444	DACARBAZINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
445	DACARBAZINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
446	DACARBAZINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
447	DACARBAZINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
448	DACARBAZINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
449	DACARBAZINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
450	DACARBAZINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
451	DACARBAZINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
452	DACARBAZINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
453	DACARBAZINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
454	DACARBAZINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
455	DACARBAZINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
456	DACARBAZINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
457	DACARBAZINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
458	DACARBAZINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
459	DACARBAZINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
460	DACARBAZINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
461	DACARBAZINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
462	DACARBAZINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
463	DACARBAZINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
464	DACARBAZINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
465	DACARBAZINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
466	DACARBAZINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
467	DACARBAZINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468	DACARBAZINUM	D01.2	ODBYTNICA
469	DACARBAZINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470	DACARBAZINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
471	DACARBAZINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
472	DACARBAZINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
473	DACARBAZINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
474	DACARBAZINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
475	DACARBAZINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
476	DACARBAZINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA
477	DACARBAZINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
478	DACARBAZINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
479	DACARBAZINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
480	DACARBAZINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
481	DACARBAZINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
482	DACARBAZINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
483	DACARBAZINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
484	DACARBAZINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
485	DACARBAZINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
486	DACARBAZINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
487	DACARBAZINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
488	DACARBAZINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
489	DACARBAZINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
490	DACARBAZINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
491	DACARBAZINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
492	DACARBAZINUM	D07.1	SROM
493	DACARBAZINUM	D07.2	POCHWA
494	DACARBAZINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
495	DACARBAZINUM	D07.4	PRĄCIE
496	DACARBAZINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
497	DACARBAZINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
498	DACARBAZINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
499	DACARBAZINUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
500	DACARBAZINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
501	DACARBAZINUM	D09.2	OKO
502	DACARBAZINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
503	DACARBAZINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
504	DACARBAZINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
505	DACARBAZINUM	D10	NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
506	DACARBAZINUM	D10.0	WARGA
507	DACARBAZINUM	D10.1	JĘZYK
508	DACARBAZINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	DACARBAZINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
510	DACARBAZINUM	D10.4	MIGDAŁEK
511	DACARBAZINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
512	DACARBAZINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
513	DACARBAZINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
514	DACARBAZINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
515	DACARBAZINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
516	DACARBAZINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
517	DACARBAZINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
518	DACARBAZINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
519	DACARBAZINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
520	DACARBAZINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
521	DACARBAZINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
522	DACARBAZINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
523	DACARBAZINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
524	DACARBAZINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
525	DACARBAZINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
526	DACARBAZINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
527	DACARBAZINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
528	DACARBAZINUM	D12.8	ODBYTNICA
529	DACARBAZINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
530	DACARBAZINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
531	DACARBAZINUM	D13.0	PRZĘŁYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
532	DACARBAZINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
533	DACARBAZINUM	D13.2	DWUNASTNICA
534	DACARBAZINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
535	DACARBAZINUM	D13.4	WĄTROBA
536	DACARBAZINUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
537	DACARBAZINUM	D13.6	TRZUSTKA
538	DACARBAZINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
539	DACARBAZINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
540	DACARBAZINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
541	DACARBAZINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
542	DACARBAZINUM	D14.1	KRTAŃ
543	DACARBAZINUM	D14.2	TCHAWICA
544	DACARBAZINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
545	DACARBAZINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
546	DACARBAZINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
547	DACARBAZINUM	D15.0	GRASICA
548	DACARBAZINUM	D15.1	SERCE
549	DACARBAZINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
550	DACARBAZINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
551	DACARBAZINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
552	DACARBAZINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
553	DACARBAZINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
554	DACARBAZINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
555	DACARBAZINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
556	DACARBAZINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
557	DACARBAZINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
558	DACARBAZINUM	D16.5	ŻUCHWA
559	DACARBAZINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
560	DACARBAZINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
561	DACARBAZINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
562	DACARBAZINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
563	DACARBAZINUM	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
564	DACARBAZINUM	D18.0	NACZYNIANKA KRWIONOŚNA JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
565	DACARBAZINUM	D18.1	NACZYNIANKA CHŁONNA JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
566	DACARBAZINUM	D19	NOWOTWORZY NIEZŁOŚLIWE MIĘDZYBŁONKA
567	DACARBAZINUM	D19.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
568	DACARBAZINUM	D19.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
569	DACARBAZINUM	D19.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
570	DACARBAZINUM	D19.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
571	DACARBAZINUM	D20	NOWOTWORZY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
572	DACARBAZINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
573	DACARBAZINUM	D20.1	OTRZEWNA
574	DACARBAZINUM	D21	INNE NOWOTWORZY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
575	DACARBAZINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
576	DACARBAZINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
577	DACARBAZINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
578	DACARBAZINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
579	DACARBAZINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
580	DACARBAZINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
581	DACARBAZINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
582	DACARBAZINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
583	DACARBAZINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
584	DACARBAZINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
585	DACARBAZINUM	D28.0	SROM
586	DACARBAZINUM	D28.1	POCHWA
587	DACARBAZINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
588	DACARBAZINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
589	DACARBAZINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
590	DACARBAZINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
591	DACARBAZINUM	D29.0	PRĄCIE
592	DACARBAZINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
593	DACARBAZINUM	D29.2	JĄDRO
594	DACARBAZINUM	D29.3	NAJĄDRZE
595	DACARBAZINUM	D29.4	MOSZNA
596	DACARBAZINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
597	DACARBAZINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
598	DACARBAZINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
599	DACARBAZINUM	D30.0	NERKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
600	DACARBAZINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
601	DACARBAZINUM	D30.2	MOCZOWÓD
602	DACARBAZINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
603	DACARBAZINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
604	DACARBAZINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
605	DACARBAZINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
606	DACARBAZINUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
607	DACARBAZINUM	D31.0	SPOJÓWKA
608	DACARBAZINUM	D31.1	ROGÓWKA
609	DACARBAZINUM	D31.2	SIATKÓWKA
610	DACARBAZINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
611	DACARBAZINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
612	DACARBAZINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
613	DACARBAZINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
614	DACARBAZINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
615	DACARBAZINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
616	DACARBAZINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
617	DACARBAZINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
618	DACARBAZINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
619	DACARBAZINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
620	DACARBAZINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
621	DACARBAZINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
622	DACARBAZINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
623	DACARBAZINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
624	DACARBAZINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
625	DACARBAZINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
626	DACARBAZINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
627	DACARBAZINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
628	DACARBAZINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629	DACARBAZINUM	D35.0	NADNERCZA
630	DACARBAZINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
631	DACARBAZINUM	D35.2	PRZYSADKA
632	DACARBAZINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
633	DACARBAZINUM	D35.4	SZYSZYNKA
634	DACARBAZINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
635	DACARBAZINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
636	DACARBAZINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
637	DACARBAZINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
638	DACARBAZINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
639	DACARBAZINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
640	DACARBAZINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
641	DACARBAZINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
642	DACARBAZINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
643	DACARBAZINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
644	DACARBAZINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
645	DACARBAZINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
646	DACARBAZINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
647	DACARBAZINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
648	DACARBAZINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
649	DACARBAZINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
650	DACARBAZINUM	D37.5	ODBYTNICA
651	DACARBAZINUM	D37.6	WĄTROBA, PEŁCERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
652	DACARBAZINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
653	DACARBAZINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
654	DACARBAZINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
655	DACARBAZINUM	D38.0	KRTAŃ
656	DACARBAZINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
657	DACARBAZINUM	D38.2	OPŁUCNA
658	DACARBAZINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
659	DACARBAZINUM	D38.4	GRASICA
660	DACARBAZINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
661	DACARBAZINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
662	DACARBAZINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
663	DACARBAZINUM	D39.0	MACICA
664	DACARBAZINUM	D39.1	JAJNIK
665	DACARBAZINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
666	DACARBAZINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
667	DACARBAZINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
668	DACARBAZINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
669	DACARBAZINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	DACARBAZINUM	D40.1	JĄDRO
671	DACARBAZINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
672	DACARBAZINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
673	DACARBAZINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
674	DACARBAZINUM	D41.0	NERKA
675	DACARBAZINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
676	DACARBAZINUM	D41.2	MOCZOWÓD
677	DACARBAZINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
678	DACARBAZINUM	D41.4	PĘCZERZ MOCZOWY
679	DACARBAZINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
680	DACARBAZINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
681	DACARBAZINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
682	DACARBAZINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
683	DACARBAZINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
684	DACARBAZINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
685	DACARBAZINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
686	DACARBAZINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
687	DACARBAZINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
688	DACARBAZINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
689	DACARBAZINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
690	DACARBAZINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
691	DACARBAZINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
692	DACARBAZINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
693	DACARBAZINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
694	DACARBAZINUM	D44.0	TARCZYCA
695	DACARBAZINUM	D44.1	NADNERCZA
696	DACARBAZINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
697	DACARBAZINUM	D44.3	PRZYSADKA
698	DACARBAZINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
699	DACARBAZINUM	D44.5	SZYSZYNKI
700	DACARBAZINUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
701	DACARBAZINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
702	DACARBAZINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
703	DACARBAZINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
704	DACARBAZINUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
705	DACARBAZINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
706	DACARBAZINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
707	DACARBAZINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
708	DACARBAZINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
709	DACARBAZINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
710	DACARBAZINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
711	DACARBAZINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
712	DACARBAZINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
713	DACARBAZINUM	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
714	DACARBAZINUM	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
715	DACARBAZINUM	D47.1	PRZEWEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
716	DACARBAZINUM	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
717	DACARBAZINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
718	DACARBAZINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
719	DACARBAZINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
720	DACARBAZINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
721	DACARBAZINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
722	DACARBAZINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
723	DACARBAZINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
724	DACARBAZINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
725	DACARBAZINUM	D48.4	OTRZEWNA
726	DACARBAZINUM	D48.5	SKÓRA
727	DACARBAZINUM	D48.6	SUTEK
728	DACARBAZINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
729	DACARBAZINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
730	DACARBAZINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
731	DACARBAZINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
732	DACARBAZINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
733	DACARBAZINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
734	DACARBAZINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
735	DACARBAZINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
736	<b>DACARBAZINUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
737	<b>DACARBAZINUM</b>	E85.4	ZŁOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIOWATYCH
738	<b>DACARBAZINUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
739	<b>DACARBAZINUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.19.

## DOCETAXELUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DO CETAXELUM	C00	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	DO CETAXELUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	DO CETAXELUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	DO CETAXELUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	DO CETAXELUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	DO CETAXELUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	DO CETAXELUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	DO CETAXELUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	DO CETAXELUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	DO CETAXELUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	DO CETAXELUM	C01	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	DO CETAXELUM	C02	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	DO CETAXELUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	DO CETAXELUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	DO CETAXELUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	DO CETAXELUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	DO CETAXELUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	DO CETAXELUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	DO CETAXELUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	DO CETAXELUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	DO CETAXELUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22	DO CETAXELUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	DO CETAXELUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	DO CETAXELUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	DO CETAXELUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	DO CETAXELUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	DO CETAXELUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	DO CETAXELUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	DO CETAXELUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	DO CETAXELUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	DO CETAXELUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	DO CETAXELUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	DO CETAXELUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	DO CETAXELUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	DO CETAXELUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	DO CETAXELUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	DO CETAXELUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	DO CETAXELUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	DO CETAXELUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	DO CETAXELUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	DO CETAXELUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	DO CETAXELUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	DO CETAXELUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	DO CETAXELUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	DO CETAXELUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	DO CETAXELUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	DO CETAXELUM	C09	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
48	DO CETAXELUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	DO CETAXELUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	DO CETAXELUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	DO CETAXELUM	C09.9	MIGDALEK, NIEOKREŚLONY
52	DO CETAXELUM	C10	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	DO CETAXELUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	DO CETAXELUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	DO CETAXELUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	DO CETAXELUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	DO CETAXELUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	DO CETAXELUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	DO CETAXELUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	DO CETAXELUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	DO CETAXELUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	DO CETAXELUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	DO CETAXELUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	DO CETAXELUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	DO CETAXELUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	DO CETAXELUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	DO CETAXELUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	DO CETAXELUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	DO CETAXELUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKIPIERŚCIENIOWATEJ
70	DO CETAXELUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	DO CETAXELUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	DO CETAXELUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	DO CETAXELUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74	DO CETAXELUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	DO CETAXELUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	DO CETAXELUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	DO CETAXELUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	DO CETAXELUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	DO CETAXELUM	C16.0	WPUST
80	DO CETAXELUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	DO CETAXELUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	DO CETAXELUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	DO CETAXELUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	DO CETAXELUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	DO CETAXELUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	DO CETAXELUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	DO CETAXELUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	DO CETAXELUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
89	DO CETAXELUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
90	DO CETAXELUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
91	DO CETAXELUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
92	DO CETAXELUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
93	DO CETAXELUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
94	DO CETAXELUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
95	DO CETAXELUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
96	DO CETAXELUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
97	DO CETAXELUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
98	DO CETAXELUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
99	DO CETAXELUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
100	DO CETAXELUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
101	DO CETAXELUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
102	DO CETAXELUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
103	DO CETAXELUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
104	DO CETAXELUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
105	DO CETAXELUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
106	DO CETAXELUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
107	DO CETAXELUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
108	DO CETAXELUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
109	DO CETAXELUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
110	DO CETAXELUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
111	DO CETAXELUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
112	DO CETAXELUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
113	DO CETAXELUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
114	DO CETAXELUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
115	DO CETAXELUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
116	DO CETAXELUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
117	DO CETAXELUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO

Załącznik C.20.

## DOXORUBICINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DOXORUBICINUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	DOXORUBICINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	DOXORUBICINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	DOXORUBICINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	DOXORUBICINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	DOXORUBICINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	DOXORUBICINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	DOXORUBICINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	DOXORUBICINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	DOXORUBICINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	DOXORUBICINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	DOXORUBICINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	DOXORUBICINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	DOXORUBICINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	DOXORUBICINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	DOXORUBICINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	DOXORUBICINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	DOXORUBICINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	DOXORUBICINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	DO XO RUBICINUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	DO XO RUBICINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	DO XO RUBICINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	DO XO RUBICINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	DO XO RUBICINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	DO XO RUBICINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	DO XO RUBICINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	DO XO RUBICINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	DO XO RUBICINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	DO XO RUBICINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	DO XO RUBICINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	DO XO RUBICINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	DO XO RUBICINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	DO XO RUBICINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	DO XO RUBICINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	DO XO RUBICINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	DO XO RUBICINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	DO XO RUBICINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	DO XO RUBICINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	DO XO RUBICINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	DO XO RUBICINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	DO XO RUBICINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	DO XO RUBICINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	DO XO RUBICINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44.	DO XO RUBICINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	DO XO RUBICINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	DO XO RUBICINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	DO XO RUBICINUM	C09	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	DO XO RUBICINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	DO XO RUBICINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY)(PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	DO XO RUBICINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	DO XO RUBICINUM	C09.9	MIGDALEK, NIEOKREŚLONY
52.	DO XO RUBICINUM	C10	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	DO XO RUBICINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	DO XO RUBICINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	DO XO RUBICINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	DO XO RUBICINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	DO XO RUBICINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	DO XO RUBICINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	DO XO RUBICINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	DO XO RUBICINUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	DO XO RUBICINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	DO XO RUBICINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	DO XO RUBICINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	DO XO RUBICINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	DO XO RUBICINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	DO XO RUBICINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	DO XO RUBICINUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68.	DO XO RUBICINUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	DO XO RUBICINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	DO XO RUBICINUM	C13.1	FAŁD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	DO XO RUBICINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	DO XO RUBICINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	DO XO RUBICINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	DO XO RUBICINUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBREBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	DO XO RUBICINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	DO XO RUBICINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	DO XO RUBICINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	DO XO RUBICINUM	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZĘŁYKU
79.	DO XO RUBICINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
80.	DO XO RUBICINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
81.	DO XO RUBICINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
82.	DO XO RUBICINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
83.	DO XO RUBICINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
84.	DO XO RUBICINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU
85.	DO XO RUBICINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘŁYKU
86.	DO XO RUBICINUM	C15.9	PRZĘŁYK, NIEOKREŚLONY
87.	DO XO RUBICINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88.	DO XO RUBICINUM	C16.0	WPUST
89.	DO XO RUBICINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
90.	DO XO RUBICINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91.	DO XO RUBICINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
92.	DO XO RUBICINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
93.	DO XO RUBICINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94.	DO XO RUBICINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95.	DO XO RUBICINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96.	DO XO RUBICINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97.	DO XO RUBICINUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98.	DO XO RUBICINUM	C17.0	DWUNASTNICA
99.	DO XO RUBICINUM	C17.1	JELITO CZCZE
100.	DO XO RUBICINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
101.	DO XO RUBICINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
102.	DO XO RUBICINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103.	DO XO RUBICINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104.	DO XO RUBICINUM	C18	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105.	DO XO RUBICINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
106.	DO XO RUBICINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107.	DO XO RUBICINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108.	DO XO RUBICINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109.	DO XO RUBICINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110.	DO XO RUBICINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111.	DO XO RUBICINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112.	DO XO RUBICINUM	C18.7	ESICA
113.	DO XO RUBICINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
114.	DO XO RUBICINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115.	DO XO RUBICINUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116.	DO XO RUBICINUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
117.	DO XO RUBICINUM	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118.	DO XO RUBICINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119.	DO XO RUBICINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120.	DO XO RUBICINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121.	DO XO RUBICINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122.	DO XO RUBICINUM	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123.	DO XO RUBICINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124.	DO XO RUBICINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125.	DO XO RUBICINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126.	DO XO RUBICINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127.	DO XO RUBICINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128.	DO XO RUBICINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129.	DO XO RUBICINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130.	DO XO RUBICINUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
131.	DO XO RUBICINUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
132.	DO XO RUBICINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
133.	DO XO RUBICINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134.	DO XO RUBICINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
135.	DO XO RUBICINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
136.	DO XO RUBICINUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
137.	DO XO RUBICINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138.	DO XO RUBICINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139.	DO XO RUBICINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140.	DO XO RUBICINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
141.	DO XO RUBICINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
142.	DO XO RUBICINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143.	DO XO RUBICINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144.	DO XO RUBICINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145.	DO XO RUBICINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146.	DO XO RUBICINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147.	DO XO RUBICINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
148.	DO XO RUBICINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149.	DO XO RUBICINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150.	DO XO RUBICINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151.	DO XO RUBICINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
152.	DO XO RUBICINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153.	DO XO RUBICINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154.	DO XO RUBICINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155.	DO XO RUBICINUM	C31.1	KOMÓRKI SIŁOWE
156.	DO XO RUBICINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157.	DO XO RUBICINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158.	DO XO RUBICINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159.	DO XO RUBICINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160.	DO XO RUBICINUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
161.	DO XO RUBICINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
162.	DO XO RUBICINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
163.	DO XO RUBICINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
164.	DO XO RUBICINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
165.	DO XO RUBICINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
166.	DO XO RUBICINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
167.	DO XO RUBICINUM	C37	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
168.	DO XO RUBICINUM	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
169.	DO XO RUBICINUM	C38.0	SERCE
170.	DO XO RUBICINUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
171.	DO XO RUBICINUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
172.	DO XO RUBICINUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
173.	DO XO RUBICINUM	C38.4	OPLUCNA
174.	DO XO RUBICINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
175.	DO XO RUBICINUM	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
176.	DO XO RUBICINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
177.	DO XO RUBICINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
178.	DO XO RUBICINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
179.	DO XO RUBICINUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
180.	DO XO RUBICINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181.	DO XO RUBICINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
182.	DO XO RUBICINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183.	DO XO RUBICINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
184.	DO XO RUBICINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
185.	DO XO RUBICINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
186.	DO XO RUBICINUM	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
187.	DO XO RUBICINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
188.	DO XO RUBICINUM	C41.1	ŻUCHWA
189.	DO XO RUBICINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
190.	DO XO RUBICINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
191.	DO XO RUBICINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
192.	DO XO RUBICINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
193.	DO XO RUBICINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
194.	DO XO RUBICINUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
195.	DO XO RUBICINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
196.	DO XO RUBICINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
197.	DO XO RUBICINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
198.	DO XO RUBICINUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
199.	DO XO RUBICINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
200.	DO XO RUBICINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
201.	DO XO RUBICINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
202.	DO XO RUBICINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
203.	DO XO RUBICINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
204.	DO XO RUBICINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
205.	DO XO RUBICINUM	C45	MIĘDZYBŁONIAK
206.	DO XO RUBICINUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
207.	DO XO RUBICINUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
208.	DO XO RUBICINUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
209.	DO XO RUBICINUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210.	DO XO RUBICINUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
211.	DO XO RUBICINUM	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
212.	DO XO RUBICINUM	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
213.	DO XO RUBICINUM	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO TKANKI MIĘKKIEJ
214.	DO XO RUBICINUM	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
215.	DO XO RUBICINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
216.	DO XO RUBICINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
217.	DO XO RUBICINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
218.	DO XO RUBICINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
219.	DO XO RUBICINUM	C47	NOWOTWORZY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	DO XO RUBICINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
221.	DO XO RUBICINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
222.	DO XO RUBICINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
223.	DO XO RUBICINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
224.	DO XO RUBICINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
225.	DO XO RUBICINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
226.	DO XO RUBICINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
227.	DO XO RUBICINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
228.	DO XO RUBICINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
229.	DO XO RUBICINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
230.	DO XO RUBICINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
231.	DO XO RUBICINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
232.	DO XO RUBICINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
233.	DO XO RUBICINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
234.	DO XO RUBICINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
235.	DO XO RUBICINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
236.	DO XO RUBICINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
237.	DO XO RUBICINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
238.	DO XO RUBICINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
239.	DO XO RUBICINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
240.	DO XO RUBICINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
241.	DO XO RUBICINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
242.	DO XO RUBICINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
243.	DO XO RUBICINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
244.	DO XO RUBICINUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
245.	DO XO RUBICINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
246.	DO XO RUBICINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
247.	DO XO RUBICINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
248.	DO XO RUBICINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
249.	DO XO RUBICINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
250.	DO XO RUBICINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
251.	DO XO RUBICINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
252.	DO XO RUBICINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
253.	DO XO RUBICINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
254.	DO XO RUBICINUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
255.	DO XO RUBICINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
256.	DO XO RUBICINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
257.	DO XO RUBICINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
258.	DO XO RUBICINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
259.	DO XO RUBICINUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
260.	DO XO RUBICINUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
261.	DO XO RUBICINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
262.	DO XO RUBICINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
263.	DO XO RUBICINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
264.	DO XO RUBICINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
265.	DO XO RUBICINUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
266.	DO XO RUBICINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
267.	DO XO RUBICINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
268.	DO XO RUBICINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
269.	DO XO RUBICINUM	C54.3	DNO MACICY
270.	DO XO RUBICINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
271.	DO XO RUBICINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
272.	DO XO RUBICINUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
273.	DO XO RUBICINUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
274.	DO XO RUBICINUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	DO XO RUBICINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
276.	DO XO RUBICINUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
277.	DO XO RUBICINUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
278.	DO XO RUBICINUM	C57.3	PRZYMAGICZA
279.	DO XO RUBICINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
280.	DO XO RUBICINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
281.	DO XO RUBICINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
282.	DO XO RUBICINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	DO XO RUBICINUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	DO XO RUBICINUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	DO XO RUBICINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	DO XO RUBICINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	DO XO RUBICINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	DO XO RUBICINUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	DO XO RUBICINUM	C63.0	NAJĄDRZE
290.	DO XO RUBICINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	DO XO RUBICINUM	C63.2	MOSZNA
292.	DO XO RUBICINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	DO XO RUBICINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	DO XO RUBICINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	DO XO RUBICINUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	DO XO RUBICINUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	DO XO RUBICINUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	DO XO RUBICINUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
299.	DO XO RUBICINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
300.	DO XO RUBICINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
301.	DO XO RUBICINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	DO XO RUBICINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	DO XO RUBICINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	DO XO RUBICINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	DO XO RUBICINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
306.	DO XO RUBICINUM	C67.7	MOCZOWNIK
307.	DO XO RUBICINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	DO XO RUBICINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	DO XO RUBICINUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	DO XO RUBICINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	DO XO RUBICINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	DO XO RUBICINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	DO XO RUBICINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	DO XO RUBICINUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	DO XO RUBICINUM	C69.0	SPOJÓWKA
316.	DO XO RUBICINUM	C69.1	ROGÓWKA
317.	DO XO RUBICINUM	C69.2	SIATKÓWKA
318.	DO XO RUBICINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	DO XO RUBICINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	DO XO RUBICINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	DO XO RUBICINUM	C69.6	OCZODÓŁ
322.	DO XO RUBICINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	DO XO RUBICINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	DO XO RUBICINUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON
325.	DO XO RUBICINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	DO XO RUBICINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	DO XO RUBICINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	DO XO RUBICINUM	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	DO XO RUBICINUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
330.	DO XO RUBICINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	DO XO RUBICINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	DO XO RUBICINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	DO XO RUBICINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	DO XO RUBICINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	DO XO RUBICINUM	C71.6	MÓZDŻEK
336.	DO XO RUBICINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	DO XO RUBICINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	DO XO RUBICINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	DO XO RUBICINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	DO XO RUBICINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	DO XO RUBICINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	DO XO RUBICINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	DO XO RUBICINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	DO XO RUBICINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	DO XO RUBICINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	DO XO RUBICINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	DO XO RUBICINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
348.	DO XO RUBICINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	DO XO RUBICINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	DO XO RUBICINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	DO XO RUBICINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	DO XO RUBICINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
353.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
355.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.3	SZYSZYNKA
358.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
359.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
360.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.2	BRZUCH
366.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.3	MIEDNICA
367.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
371.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
376.	DO XO RUBICINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	DO XO RUBICINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	DO XO RUBICINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	DO XO RUBICINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	DO XO RUBICINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
381.	DO XO RUBICINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	DO XO RUBICINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	DO XO RUBICINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPLUCNEJ
384.	DO XO RUBICINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	DO XO RUBICINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	DO XO RUBICINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYT NICY
387.	DO XO RUBICINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOJ
388.	DO XO RUBICINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	DO XO RUBICINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	DO XO RUBICINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	DO XO RUBICINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	DO XO RUBICINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
393.	DO XO RUBICINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	DO XO RUBICINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	DO XO RUBICINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	DO XO RUBICINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	DO XO RUBICINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
398.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.3	ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
416.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421.	DO XO RUBICINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	DO XO RUBICINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITA
423.	DO XO RUBICINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	DO XO RUBICINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	DO XO RUBICINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	DO XO RUBICINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	DO XO RUBICINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
428.	DO XO RUBICINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	DO XO RUBICINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	DO XO RUBICINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	DO XO RUBICINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	DO XO RUBICINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	DO XO RUBICINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
434.	DO XO RUBICINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	DO XO RUBICINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	DO XO RUBICINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	DO XO RUBICINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	DO XO RUBICINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
439.	DO XO RUBICINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
440.	DO XO RUBICINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	DO XO RUBICINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	DO XO RUBICINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	DO XO RUBICINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	DO XO RUBICINUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
445.	DO XO RUBICINUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	DO XO RUBICINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNIKOMÓRKOWA
447.	DO XO RUBICINUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	DO XO RUBICINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	DO XO RUBICINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOLASTYCZNA
450.	DO XO RUBICINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	DO XO RUBICINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	DO XO RUBICINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	DO XO RUBICINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	DO XO RUBICINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREKT
455.	DO XO RUBICINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	DO XO RUBICINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	DO XO RUBICINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	DO XO RUBICINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	DO XO RUBICINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	DO XO RUBICINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	DO XO RUBICINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	DO XO RUBICINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	DO XO RUBICINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
464.	DO XO RUBICINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	DO XO RUBICINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	DO XO RUBICINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
467.	DO XO RUBICINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
468.	DO XO RUBICINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
469.	DO XO RUBICINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
470.	DO XO RUBICINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
471.	DO XO RUBICINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
472.	DO XO RUBICINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
473.	DO XO RUBICINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
474.	DO XO RUBICINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
475.	DO XO RUBICINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
476.	DO XO RUBICINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
477.	DO XO RUBICINUM	D01.2	ODBYTNICA
478.	DO XO RUBICINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
479.	DO XO RUBICINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
480.	DO XO RUBICINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
481.	DO XO RUBICINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
482.	DO XO RUBICINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
483.	DO XO RUBICINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
484.	DO XO RUBICINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
485.	DO XO RUBICINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
486.	DO XO RUBICINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
487.	DO XO RUBICINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TRAWIENNEJ
488.	DO XO RUBICINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
489.	DO XO RUBICINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
490.	DO XO RUBICINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
491.	DO XO RUBICINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
492.	DO XO RUBICINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
493.	DO XO RUBICINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
494.	DO XO RUBICINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
495.	DO XO RUBICINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
496.	DO XO RUBICINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
497.	DO XO RUBICINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
498.	DO XO RUBICINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
499.	DO XO RUBICINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
500.	DO XO RUBICINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
501.	DO XO RUBICINUM	D07.1	SROM
502.	DO XO RUBICINUM	D07.2	POCHWA
503.	DO XO RUBICINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
504.	DO XO RUBICINUM	D07.4	PRĄCIE
505.	DO XO RUBICINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
506.	DO XO RUBICINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
507.	DO XO RUBICINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
508.	DO XO RUBICINUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
509.	DO XO RUBICINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
510.	DO XO RUBICINUM	D09.2	OKO
511.	DO XO RUBICINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
512.	DO XO RUBICINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
513.	DO XO RUBICINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
514.	DO XO RUBICINUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
515.	DO XO RUBICINUM	D10.0	WARGA
516.	DO XO RUBICINUM	D10.1	JĘZYK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
517.	DO XO RUBICINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
518.	DO XO RUBICINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
519.	DO XO RUBICINUM	D10.4	MIGDALEK
520.	DO XO RUBICINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
521.	DO XO RUBICINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
522.	DO XO RUBICINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
523.	DO XO RUBICINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
524.	DO XO RUBICINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
525.	DO XO RUBICINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
526.	DO XO RUBICINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
527.	DO XO RUBICINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
528.	DO XO RUBICINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
529.	DO XO RUBICINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
530.	DO XO RUBICINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
531.	DO XO RUBICINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
532.	DO XO RUBICINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
533.	DO XO RUBICINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
534.	DO XO RUBICINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
535.	DO XO RUBICINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
536.	DO XO RUBICINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
537.	DO XO RUBICINUM	D12.8	ODBYTNICA
538.	DO XO RUBICINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
539.	DO XO RUBICINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
540.	DO XO RUBICINUM	D13.0	PRZEŁYK



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
541.	DO XO RUBICINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
542.	DO XO RUBICINUM	D13.2	DWUNASTNICA
543.	DO XO RUBICINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
544.	DO XO RUBICINUM	D13.4	WĄTROBA
545.	DO XO RUBICINUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE
546.	DO XO RUBICINUM	D13.6	TRZUSTKA
547.	DO XO RUBICINUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
548.	DO XO RUBICINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
549.	DO XO RUBICINUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
550.	DO XO RUBICINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
551.	DO XO RUBICINUM	D14.1	KRTAŃ
552.	DO XO RUBICINUM	D14.2	TCHAWICA
553.	DO XO RUBICINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
554.	DO XO RUBICINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
555.	DO XO RUBICINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
556.	DO XO RUBICINUM	D15.0	GRASICA
557.	DO XO RUBICINUM	D15.1	SERCE
558.	DO XO RUBICINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
559.	DO XO RUBICINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
560.	DO XO RUBICINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
561.	DO XO RUBICINUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
562.	DO XO RUBICINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
563.	DO XO RUBICINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
564.	DO XO RUBICINUM	D16.2	KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
565.	DOXORUBICINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
566.	DOXORUBICINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
567.	DOXORUBICINUM	D16.5	ŻUCHWA
568.	DOXORUBICINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
569.	DOXORUBICINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
570.	DOXORUBICINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
571.	DOXORUBICINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
572.	DOXORUBICINUM	D17	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE Z TKANKI TŁUSZCZOWEJ
573.	DOXORUBICINUM	D17.0	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ GŁOWY, TWARZY I SZYI
574.	DOXORUBICINUM	D17.1	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ TUŁOWIA
575.	DOXORUBICINUM	D17.2	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ KOŃCZYN
576.	DOXORUBICINUM	D17.3	TŁUSZCZAK SKÓRY I TKANKI PODSKÓRNEJ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
577.	DOXORUBICINUM	D17.4	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
578.	DOXORUBICINUM	D17.5	TŁUSZCZAK NARZĄDÓW JAMY BRZUSZNEJ
579.	DOXORUBICINUM	D17.6	TŁUSZCZAK POWRÓZKANASIENNEGO
580.	DOXORUBICINUM	D17.7	TŁUSZCZAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
581.	DOXORUBICINUM	D17.9	TŁUSZCZAK, NIEOKREŚLONY
582.	DOXORUBICINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
583.	DOXORUBICINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
584.	DOXORUBICINUM	D20.1	OTRZEWNA
585.	DOXORUBICINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
586.	DOXORUBICINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
587.	DOXORUBICINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
588.	DO XO RUBICINUM	D21.2	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
589.	DO XO RUBICINUM	D21.3	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
590.	DO XO RUBICINUM	D21.4	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE BRZUCHA
591.	DO XO RUBICINUM	D21.5	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE MIEDNICY
592.	DO XO RUBICINUM	D21.6	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
593.	DO XO RUBICINUM	D21.9	T KANKA ŁĄCZNA I INNE T KANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
594.	DO XO RUBICINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
595.	DO XO RUBICINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
596.	DO XO RUBICINUM	D28.0	SROM
597.	DO XO RUBICINUM	D28.1	POCHWA
598.	DO XO RUBICINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
599.	DO XO RUBICINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
600.	DO XO RUBICINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
601.	DO XO RUBICINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
602.	DO XO RUBICINUM	D29.0	PRĄCIE
603.	DO XO RUBICINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
604.	DO XO RUBICINUM	D29.2	JĄDRO
605.	DO XO RUBICINUM	D29.3	NAJĄDRZE
606.	DO XO RUBICINUM	D29.4	MOSZNA
607.	DO XO RUBICINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
608.	DO XO RUBICINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
609.	DO XO RUBICINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
610.	DO XO RUBICINUM	D30.0	NERKA
611.	DO XO RUBICINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
612.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D30.2	MOCZOWÓD
613.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D30.4	CEWKA MOCZOWA
615.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
616.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
617.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
618.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D31.0	SPOJÓWKA
619.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D31.1	ROGÓWKA
620.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D31.2	SIATKÓWKA
621.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D31.3	NACZYNIÓWKA
622.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
623.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
624.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
625.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
626.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPONMÓZGOWYCH
627.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D32.0	OPONY MÓZGOWE
628.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D32.1	OPONY RDZENIOWE
629.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
630.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
631.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
632.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
633.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
634.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D33.3	NERWY CZASZKOWE
635.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
636.	DOXORUBICINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
637.	DOXORUBICINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
638.	DOXORUBICINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
639.	DOXORUBICINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
640.	DOXORUBICINUM	D35.0	NADNERCZA
641.	DOXORUBICINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
642.	DOXORUBICINUM	D35.2	PRZYSADKA
643.	DOXORUBICINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
644.	DOXORUBICINUM	D35.4	SZYSZYNKA
645.	DOXORUBICINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
646.	DOXORUBICINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
647.	DOXORUBICINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
648.	DOXORUBICINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
649.	DOXORUBICINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
650.	DOXORUBICINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
651.	DOXORUBICINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
652.	DOXORUBICINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
653.	DOXORUBICINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
654.	DOXORUBICINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
655.	DOXORUBICINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
656.	DOXORUBICINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
657.	DOXORUBICINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
658.	DOXORUBICINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
659.	DOXORUBICINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
660.	DO XO RUBICINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
661.	DO XO RUBICINUM	D37.5	ODBYTNICA
662.	DO XO RUBICINUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
663.	DO XO RUBICINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
664.	DO XO RUBICINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
665.	DO XO RUBICINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
666.	DO XO RUBICINUM	D38.0	KRTAŃ
667.	DO XO RUBICINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
668.	DO XO RUBICINUM	D38.2	OPŁUCNA
669.	DO XO RUBICINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
670.	DO XO RUBICINUM	D38.4	GRASICA
671.	DO XO RUBICINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
672.	DO XO RUBICINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
673.	DO XO RUBICINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
674.	DO XO RUBICINUM	D39.0	MACICA
675.	DO XO RUBICINUM	D39.1	JAJNIK
676.	DO XO RUBICINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
677.	DO XO RUBICINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
678.	DO XO RUBICINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
679.	DO XO RUBICINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
680.	DO XO RUBICINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
681.	DO XO RUBICINUM	D40.1	JĄDRO
682.	DO XO RUBICINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
683.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
684.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
685.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.0	NERKA
686.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
687.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.2	MOCZOWÓD
688.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.3	CEWKA MOCZOWA
689.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
690.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
691.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
692.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D42	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
693.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D42.0	OPONY MÓZGOWE
694.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D42.1	OPONY RDZENIOWE
695.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
696.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
697.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
698.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
699.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
700.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.3	NERWY CZASZKOWE
701.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
702.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
703.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
704.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D44	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
705.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D44.0	TARCZYCA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
706.	DO XO RUBICINUM	D44.1	NADNERCZA
707.	DO XO RUBICINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
708.	DO XO RUBICINUM	D44.3	PRZYSADKA
709.	DO XO RUBICINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
710.	DO XO RUBICINUM	D44.5	SZYSZYNKI
711.	DO XO RUBICINUM	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
712.	DO XO RUBICINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
713.	DO XO RUBICINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
714.	DO XO RUBICINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
715.	DO XO RUBICINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
716.	DO XO RUBICINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
717.	DO XO RUBICINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
718.	DO XO RUBICINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
719.	DO XO RUBICINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
720.	DO XO RUBICINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
721.	DO XO RUBICINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
722.	DO XO RUBICINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
723.	DO XO RUBICINUM	D48.4	OTRZEWNA
724.	DO XO RUBICINUM	D48.5	SKÓRA
725.	DO XO RUBICINUM	D48.6	SUTEK
726.	DO XO RUBICINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
727.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
728.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
729.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
730.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
731.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
732.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
733.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
734.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
735.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
736.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIOWATYCH
737.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
738.	<b>DO XO RUBICINUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.21.a.

## DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.21.b.

## DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM

Nowotwory u pacjentów, u których występują istotne czynniki ryzyka poważnych zdarzeń sercowo-naczyniowych wymienione poniżej:

1. Choroba wieńcowa;
2. Łagodna dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF=45-50%;
3. Cukrzyca insulinozależna;
4. Utrwalone migotanie przedsionków;
5. Arytmia komorowa;
6. Umiarkowane zwężenie zastawki aortalnej;
7. Nadciśnienie tętnicze z powikłaniami;
8. Przebyta w przeszłości terapia doksorubicyną konwencjonalną z wykorzystaniem dawki łącznej  $\geq 200\text{mg/m}^2$ ;

z uwzględnieniem przeciwwskazań:

1. Objawowa niewydolność serca (klasa III lub IV wg NYHA);
2. Dysfunkcja skurczowa lewej komory serca EF<40%;
3. Przebyty zawał serca < 6 tygodni;
4. Udokumentowany częstoskurcz komorowy w wywiadzie;
5. Źle kontrolowane nadciśnienie tętnicze;
6. Niestabilna dławica piersiowa (klasa CCS III lub IV)

we wskazaniach innych niż wymienione w Charakterystyce Produktu Leczniczego zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
6	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
28	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
30	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.22.

### DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY-DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
2.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
3.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
4.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
5.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
6.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
7.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
8.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
9.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
10.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
11.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
12.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
13.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
14.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
15.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
16.	DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY-DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
17.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
18.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
19.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
20.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
21.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI
22.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
23.	<b>DOXORUBICINUM LIPOSOMANUM PEGYLATUM</b>	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA

Załącznik C.23.

## EPIRUBICINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	EPIRUBICINUM	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2	EPIRUBICINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
3	EPIRUBICINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
4	EPIRUBICINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
5	EPIRUBICINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
6	EPIRUBICINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJACE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
7	EPIRUBICINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
8	EPIRUBICINUM	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZELYKU
9	EPIRUBICINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZELYKU
10	EPIRUBICINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELYKU
11	EPIRUBICINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELYKU
12	EPIRUBICINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
13	EPIRUBICINUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
14	EPIRUBICINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
15	EPIRUBICINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZELYKU
16	EPIRUBICINUM	C15.9	PRZELYK, NIEOKREŚLONY
17	EPIRUBICINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
18	EPIRUBICINUM	C16.0	WPUST
19	EPIRUBICINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
20	EPIRUBICINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
22	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
23	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
24	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
25	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
26	<b>EPIRUBICINUM</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
27	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
28	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
29	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
30	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
31	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
32	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
33	<b>EPIRUBICINUM</b>	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
34	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
35	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
36	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
37	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
38	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
39	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
40	<b>EPIRUBICINUM</b>	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
41	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
42	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
43	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.1	ŻUCHWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
45	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
46	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
47	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
48	<b>EPIRUBICINUM</b>	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
49	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46	MIĘSAK KAPOS'EGO
50	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.0	MIĘSAK KAPOS'EGO SKÓRY
51	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.1	MIĘSAK KAPOS'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
52	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.2	MIĘSAK KAPOS'EGO PODNIEBIENIA
53	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.3	MIĘSAK KAPOS'EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
54	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.7	MIĘSAK KAPOS'EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
55	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.8	MIĘSAK KAPOS'EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
56	<b>EPIRUBICINUM</b>	C46.9	MIĘSAK KAPOS'EGO, NIEOKREŚLONY
57	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
58	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
59	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
60	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
61	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
62	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
63	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
64	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
65	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
66	<b>EPIRUBICINUM</b>	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	<b>EPIRUBICINUM</b>	C48	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
68	<b>EPIRUBICINUM</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
69	<b>EPIRUBICINUM</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
70	<b>EPIRUBICINUM</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
71	<b>EPIRUBICINUM</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
72	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
73	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
74	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
75	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
76	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
77	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
78	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
79	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
80	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
81	<b>EPIRUBICINUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
82	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
83	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
84	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
85	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
86	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
87	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
88	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
89	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
91	<b>EPIRUBICINUM</b>	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
92	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
93	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.0	CIEŚŃ MACICY
94	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
95	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
96	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.3	DNO MACICY
97	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
98	<b>EPIRUBICINUM</b>	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
99	<b>EPIRUBICINUM</b>	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
100	<b>EPIRUBICINUM</b>	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
101	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
102	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
103	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
104	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
105	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.3	PRZYMATICZA
106	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
107	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
108	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
109	<b>EPIRUBICINUM</b>	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
110	<b>EPIRUBICINUM</b>	C80	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
111	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81	CHOROBA HODGKINA
112	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
113	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
115	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
116	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
117	<b>EPIRUBICINUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
118	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
119	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
120	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
121	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
122	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
123	<b>EPIRUBICINUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
124	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
125	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
126	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
127	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
128	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
129	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
130	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
131	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
132	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
133	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
134	<b>EPIRUBICINUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
135	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
136	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
138	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
139	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIODALNY
140	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
141	<b>EPIRUBICINUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
142	<b>EPIRUBICINUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
143	<b>EPIRUBICINUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
144	<b>EPIRUBICINUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
145	<b>EPIRUBICINUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
146	<b>EPIRUBICINUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
147	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
148	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
149	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
150	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
151	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
152	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
153	<b>EPIRUBICINUM</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
154	<b>EPIRUBICINUM</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
155	<b>EPIRUBICINUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI
156	<b>EPIRUBICINUM</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNAKOMÓRKOWA
157	<b>EPIRUBICINUM</b>	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
158	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
159	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
160	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.1	PRZEWELEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
162	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
163	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
164	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
165	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
166	<b>EPIRUBICINUM</b>	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
167	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
168	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
169	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
170	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
171	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
172	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
173	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
174	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
175	<b>EPIRUBICINUM</b>	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
176	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
177	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
178	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
179	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
180	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
181	<b>EPIRUBICINUM</b>	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
182	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
183	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
184	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
186	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
187	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
188	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
189	<b>EPIRUBICINUM</b>	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
190	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
191	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
192	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
193	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
194	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
195	<b>EPIRUBICINUM</b>	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
196	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
197	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
198	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
199	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
200	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
201	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
202	<b>EPIRUBICINUM</b>	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
203	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
204	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
205	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
206	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
207	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
208	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.4	OTRZEWNA
209	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.5	SKÓRA
210	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.6	SUTEK
211	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
212	<b>EPIRUBICINUM</b>	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
213	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
214	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
215	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
216	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
217	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
218	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIOWATYCH
219	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
220	<b>EPIRUBICINUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.24.

## ETOPOSIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	ETOPOSIDUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	ETOPOSIDUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	ETOPOSIDUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	ETOPOSIDUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	ETOPOSIDUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	ETOPOSIDUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	ETOPOSIDUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	ETOPOSIDUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	ETOPOSIDUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	ETOPOSIDUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	ETOPOSIDUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	ETOPOSIDUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	ETOPOSIDUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	ETOPOSIDUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	ETOPOSIDUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	ETOPOSIDUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	ETOPOSIDUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	ETOPOSIDUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	ETOPOSIDUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	ETO POSIDUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	ETO POSIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	ETO POSIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	ETO POSIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	ETO POSIDUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	ETO POSIDUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	ETO POSIDUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	ETO POSIDUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	ETO POSIDUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	ETO POSIDUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	ETO POSIDUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	ETO POSIDUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	ETO POSIDUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	ETO POSIDUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	ETO POSIDUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	ETO POSIDUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	ETO POSIDUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	ETO POSIDUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	ETO POSIDUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	ETO POSIDUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	ETO POSIDUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	ETO POSIDUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	ETO POSIDUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	ETO POSIDUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	ETO POSIDUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	ETO POSIDUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	ETO POSIDUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	ETO POSIDUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	ETO POSIDUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	ETO POSIDUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	ETO POSIDUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	ETO POSIDUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	ETO POSIDUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	ETO POSIDUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	ETO POSIDUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	ETO POSIDUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	ETO POSIDUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	ETO POSIDUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	ETO POSIDUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	ETO POSIDUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	ETO POSIDUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	ETO POSIDUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	ETO POSIDUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	ETO POSIDUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	ETO POSIDUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	ETO POSIDUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	ETO POSIDUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	<b>ETOPOSIDUM</b>	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	<b>ETOPOSIDUM</b>	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	<b>ETOPOSIDUM</b>	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	<b>ETOPOSIDUM</b>	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	<b>ETOPOSIDUM</b>	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	<b>ETOPOSIDUM</b>	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	<b>ETOPOSIDUM</b>	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	<b>ETOPOSIDUM</b>	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	<b>ETOPOSIDUM</b>	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	<b>ETOPOSIDUM</b>	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	<b>ETOPOSIDUM</b>	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	<b>ETOPOSIDUM</b>	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	<b>ETOPOSIDUM</b>	C16.0	WPUST
80	<b>ETOPOSIDUM</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	<b>ETOPOSIDUM</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	<b>ETOPOSIDUM</b>	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	<b>ETOPOSIDUM</b>	C16.4	ODŹWIERNIK
84	<b>ETOPOSIDUM</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	<b>ETOPOSIDUM</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	<b>ETOPOSIDUM</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	<b>ETOPOSIDUM</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.0	DWUNASTNICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.1	JELITO CZCZE
91	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.2	JELITO KRĘTE
92	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	<b>ETOPOSIDUM</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.7	ESICA
104	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	<b>ETOPOSIDUM</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	<b>ETOPOSIDUM</b>	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	<b>ETOPOSIDUM</b>	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	<b>ETOPOSIDUM</b>	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	<b>ETOPOSIDUM</b>	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	<b>ETOPOSIDUM</b>	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	<b>ETOPOSIDUM</b>	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	<b>ETOPOSIDUM</b>	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	<b>ETOPOSIDUM</b>	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	ETO POSIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	ETO POSIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	ETO POSIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	ETO POSIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	ETO POSIDUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	ETO POSIDUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	ETO POSIDUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	ETO POSIDUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	ETO POSIDUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146	ETO POSIDUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	ETO POSIDUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	ETO POSIDUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	ETO POSIDUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	ETO POSIDUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	ETO POSIDUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152	ETO POSIDUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153	ETO POSIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154	ETO POSIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155	ETO POSIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156	ETO POSIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157	ETO POSIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158	ETO POSIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159	ETO POSIDUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160	ETO POSIDUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	<b>ETO POSIDUM</b>	C38.0	SERCE
162	<b>ETO POSIDUM</b>	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163	<b>ETO POSIDUM</b>	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164	<b>ETO POSIDUM</b>	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165	<b>ETO POSIDUM</b>	C38.4	OPLUCNA
166	<b>ETO POSIDUM</b>	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
167	<b>ETO POSIDUM</b>	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168	<b>ETO POSIDUM</b>	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169	<b>ETO POSIDUM</b>	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170	<b>ETO POSIDUM</b>	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171	<b>ETO POSIDUM</b>	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172	<b>ETO POSIDUM</b>	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173	<b>ETO POSIDUM</b>	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174	<b>ETO POSIDUM</b>	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175	<b>ETO POSIDUM</b>	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176	<b>ETO POSIDUM</b>	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177	<b>ETO POSIDUM</b>	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178	<b>ETO POSIDUM</b>	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179	<b>ETO POSIDUM</b>	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180	<b>ETO POSIDUM</b>	C41.1	ŻUCHWA
181	<b>ETO POSIDUM</b>	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182	<b>ETO POSIDUM</b>	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
183	<b>ETO POSIDUM</b>	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184	<b>ETO POSIDUM</b>	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185	<b>ETO POSIDUM</b>	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186	<b>ETO POSIDUM</b>	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187	<b>ETO POSIDUM</b>	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188	<b>ETO POSIDUM</b>	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189	<b>ETO POSIDUM</b>	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190	<b>ETO POSIDUM</b>	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191	<b>ETO POSIDUM</b>	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192	<b>ETO POSIDUM</b>	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193	<b>ETO POSIDUM</b>	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194	<b>ETO POSIDUM</b>	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195	<b>ETO POSIDUM</b>	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196	<b>ETO POSIDUM</b>	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197	<b>ETO POSIDUM</b>	C46	MIĘSAK KAPOSIEGO
198	<b>ETO POSIDUM</b>	C46.0	MIĘSAK KAPOSIEGO SKÓRY
199	<b>ETO POSIDUM</b>	C46.1	MIĘSAK KAPOSIEGO TKANKI MIĘKKIEJ
200	<b>ETO POSIDUM</b>	C46.2	MIĘSAK KAPOSIEGO PODNIEBIENIA
201	<b>ETO POSIDUM</b>	C46.3	MIĘSAK KAPOSIEGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
202	<b>ETO POSIDUM</b>	C46.7	MIĘSAK KAPOSIEGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
203	<b>ETO POSIDUM</b>	C46.8	MIĘSAK KAPOSIEGO LICZNYCH NARZĄDÓW
204	<b>ETO POSIDUM</b>	C46.9	MIĘSAK KAPOSIEGO, NIEOKREŚLONY
205	<b>ETO POSIDUM</b>	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
206	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
207	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
208	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
209	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
210	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
211	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
212	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
213	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
214	<b>ETO POSIDUM</b>	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
215	<b>ETO POSIDUM</b>	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
216	<b>ETO POSIDUM</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
217	<b>ETO POSIDUM</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
218	<b>ETO POSIDUM</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
219	<b>ETO POSIDUM</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
220	<b>ETO POSIDUM</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
221	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
222	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
223	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
224	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
225	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
226	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
227	<b>ETO POSIDUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
228	ETO POSIDUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
229	ETO POSIDUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
230	ETO POSIDUM	C50	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
231	ETO POSIDUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
232	ETO POSIDUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
233	ETO POSIDUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
234	ETO POSIDUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235	ETO POSIDUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
236	ETO POSIDUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237	ETO POSIDUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
238	ETO POSIDUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
239	ETO POSIDUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
240	ETO POSIDUM	C51	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SROMU
241	ETO POSIDUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
242	ETO POSIDUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
243	ETO POSIDUM	C51.2	ŁECHTACZKA
244	ETO POSIDUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
245	ETO POSIDUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
246	ETO POSIDUM	C52	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
247	ETO POSIDUM	C53	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
248	ETO POSIDUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
249	ETO POSIDUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
250	ETO POSIDUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
251	ETO POSIDUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
252	<b>ETO POSIDUM</b>	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
253	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.0	CIEŚŃ MACICY
254	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
255	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.2	MIEŚNIÓWKA MACICY
256	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.3	DNO MACICY
257	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
258	<b>ETO POSIDUM</b>	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
259	<b>ETO POSIDUM</b>	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
260	<b>ETO POSIDUM</b>	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
261	<b>ETO POSIDUM</b>	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
262	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
263	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
264	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
265	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.3	PRZYMATICZA
266	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
267	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
268	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	<b>ETO POSIDUM</b>	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
270	<b>ETO POSIDUM</b>	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
271	<b>ETO POSIDUM</b>	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
272	<b>ETO POSIDUM</b>	C60.0	NAPLETEK
273	<b>ETO POSIDUM</b>	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
274	<b>ETO POSIDUM</b>	C60.2	TRZON PRĄCIA
275	<b>ETO POSIDUM</b>	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
276	ETO POSIDUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
277	ETO POSIDUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	ETO POSIDUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	ETO POSIDUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	ETO POSIDUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	ETO POSIDUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	ETO POSIDUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	ETO POSIDUM	C63.0	NAJĄDRZE
284	ETO POSIDUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	ETO POSIDUM	C63.2	MOSZNA
286	ETO POSIDUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	ETO POSIDUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	ETO POSIDUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	ETO POSIDUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	ETO POSIDUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	ETO POSIDUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	ETO POSIDUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
293	ETO POSIDUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
294	ETO POSIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO
295	ETO POSIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
296	ETO POSIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
297	ETO POSIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
298	ETO POSIDUM	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
299	ETO POSIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
300	<b>ETOPOSIDUM</b>	C67.7	MOCZOWNIK
301	<b>ETOPOSIDUM</b>	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	<b>ETOPOSIDUM</b>	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	<b>ETOPOSIDUM</b>	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	<b>ETOPOSIDUM</b>	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	<b>ETOPOSIDUM</b>	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	<b>ETOPOSIDUM</b>	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	<b>ETOPOSIDUM</b>	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	<b>ETOPOSIDUM</b>	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	<b>ETOPOSIDUM</b>	C69.0	SPOJÓWKA
310	<b>ETOPOSIDUM</b>	C69.1	ROGÓWKA
311	<b>ETOPOSIDUM</b>	C69.2	SIATKÓWKA
312	<b>ETOPOSIDUM</b>	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	<b>ETOPOSIDUM</b>	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	<b>ETOPOSIDUM</b>	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	<b>ETOPOSIDUM</b>	C69.6	OCZODÓŁ
316	<b>ETOPOSIDUM</b>	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	<b>ETOPOSIDUM</b>	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	<b>ETOPOSIDUM</b>	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	<b>ETOPOSIDUM</b>	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	<b>ETOPOSIDUM</b>	C70.1	OPONY RDZENIOWE
321	<b>ETOPOSIDUM</b>	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	<b>ETOPOSIDUM</b>	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	<b>ETOPOSIDUM</b>	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
324	ETO POSIDUM	C71.1	PLAT CZOŁOWY
325	ETO POSIDUM	C71.2	PLAT SKRONIOWY
326	ETO POSIDUM	C71.3	PLAT CIEMIENOWY
327	ETO POSIDUM	C71.4	PLAT POTYLICZNY
328	ETO POSIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	ETO POSIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
330	ETO POSIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	ETO POSIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	ETO POSIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	ETO POSIDUM	C72	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	ETO POSIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	ETO POSIDUM	C72.1	OGON KOŃSKI
336	ETO POSIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	ETO POSIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY
338	ETO POSIDUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	ETO POSIDUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	ETO POSIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	ETO POSIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	ETO POSIDUM	C73	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	ETO POSIDUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	ETO POSIDUM	C74.0	KORA NADNERCZY
345	ETO POSIDUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
346	ETO POSIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
347	<b>ETOPOSIDUM</b>	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	<b>ETOPOSIDUM</b>	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	<b>ETOPOSIDUM</b>	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	<b>ETOPOSIDUM</b>	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	<b>ETOPOSIDUM</b>	C75.3	SZYSZYŃKA
352	<b>ETOPOSIDUM</b>	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
353	<b>ETOPOSIDUM</b>	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
354	<b>ETOPOSIDUM</b>	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	<b>ETOPOSIDUM</b>	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	<b>ETOPOSIDUM</b>	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	<b>ETOPOSIDUM</b>	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	<b>ETOPOSIDUM</b>	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	<b>ETOPOSIDUM</b>	C76.2	BRZUCH
360	<b>ETOPOSIDUM</b>	C76.3	MIEDNICA
361	<b>ETOPOSIDUM</b>	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	<b>ETOPOSIDUM</b>	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	<b>ETOPOSIDUM</b>	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	<b>ETOPOSIDUM</b>	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	<b>ETOPOSIDUM</b>	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	<b>ETOPOSIDUM</b>	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	<b>ETOPOSIDUM</b>	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	<b>ETOPOSIDUM</b>	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	<b>ETOPOSIDUM</b>	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
370	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
371	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
375	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	<b>ETIOPOSIDUM</b>	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
392	<b>ETO POSIDUM</b>	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	<b>ETO POSIDUM</b>	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	<b>ETO POSIDUM</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	<b>ETO POSIDUM</b>	C81	CHOROBA HODGKINA
396	<b>ETO POSIDUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	<b>ETO POSIDUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	<b>ETO POSIDUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	<b>ETO POSIDUM</b>	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	<b>ETO POSIDUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	<b>ETO POSIDUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	<b>ETO POSIDUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	<b>ETO POSIDUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	<b>ETO POSIDUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	<b>ETO POSIDUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	<b>ETO POSIDUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	<b>ETO POSIDUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	<b>ETO POSIDUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
415	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	<b>ETO POSIDUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	<b>ETO POSIDUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
421	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
422	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	<b>ETO POSIDUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	<b>ETO POSIDUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	<b>ETO POSIDUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
428	<b>ETO POSIDUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	<b>ETO POSIDUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	<b>ETO POSIDUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	<b>ETO POSIDUM</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
433	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	<b>ETO POSIDUM</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	<b>ETO POSIDUM</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
439	<b>ETOPOSIDUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	<b>ETOPOSIDUM</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNIKOMÓRKOWA
441	<b>ETOPOSIDUM</b>	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
444	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
446	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
449	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	<b>ETOPOSIDUM</b>	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	<b>ETOPOSIDUM</b>	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	<b>ETOPOSIDUM</b>	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	<b>ETOPOSIDUM</b>	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	<b>ETOPOSIDUM</b>	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
463	<b>ETO POSIDUM</b>	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	<b>ETO POSIDUM</b>	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	<b>ETO POSIDUM</b>	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	<b>ETO POSIDUM</b>	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
471	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
472	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	<b>ETO POSIDUM</b>	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	<b>ETO POSIDUM</b>	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	<b>ETO POSIDUM</b>	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	<b>ETO POSIDUM</b>	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	<b>ETO POSIDUM</b>	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	<b>ETO POSIDUM</b>	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	<b>ETO POSIDUM</b>	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	<b>ETO POSIDUM</b>	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	<b>ETO POSIDUM</b>	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	<b>ETO POSIDUM</b>	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	<b>ETO POSIDUM</b>	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	<b>ETO POSIDUM</b>	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	<b>ETO POSIDUM</b>	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
486	<b>ETO POSIDUM</b>	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	<b>ETO POSIDUM</b>	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	<b>ETO POSIDUM</b>	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	<b>ETO POSIDUM</b>	D01.0	OKRĘŻNICA
490	<b>ETO POSIDUM</b>	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	<b>ETO POSIDUM</b>	D01.2	ODBYTNICA
492	<b>ETO POSIDUM</b>	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	<b>ETO POSIDUM</b>	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	<b>ETO POSIDUM</b>	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
495	<b>ETO POSIDUM</b>	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	<b>ETO POSIDUM</b>	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	<b>ETO POSIDUM</b>	D03	CZERNIAK IN SITU
498	<b>ETO POSIDUM</b>	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	<b>ETO POSIDUM</b>	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA
500	<b>ETO POSIDUM</b>	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	<b>ETO POSIDUM</b>	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	<b>ETO POSIDUM</b>	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	<b>ETO POSIDUM</b>	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	<b>ETO POSIDUM</b>	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	<b>ETO POSIDUM</b>	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	<b>ETO POSIDUM</b>	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	<b>ETO POSIDUM</b>	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	<b>ETO POSIDUM</b>	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
509	ETO POSIDUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	ETO POSIDUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	ETO POSIDUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	ETO POSIDUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	ETO POSIDUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	ETO POSIDUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	ETO POSIDUM	D07.1	SROM
516	ETO POSIDUM	D07.2	POCHWA
517	ETO POSIDUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	ETO POSIDUM	D07.4	PRĄCIE
519	ETO POSIDUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
520	ETO POSIDUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	ETO POSIDUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	ETO POSIDUM	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
523	ETO POSIDUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	ETO POSIDUM	D09.2	OKO
525	ETO POSIDUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	ETO POSIDUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	ETO POSIDUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	ETO POSIDUM	D10	NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	ETO POSIDUM	D10.0	WARGA
530	ETO POSIDUM	D10.1	JĘZYK
531	ETO POSIDUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	ETO POSIDUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
533	<b>ETIOPSIDUM</b>	D10.4	MIGDAŁEK
534	<b>ETIOPSIDUM</b>	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	<b>ETIOPSIDUM</b>	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	<b>ETIOPSIDUM</b>	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	<b>ETIOPSIDUM</b>	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	<b>ETIOPSIDUM</b>	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	<b>ETIOPSIDUM</b>	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	<b>ETIOPSIDUM</b>	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	<b>ETIOPSIDUM</b>	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	<b>ETIOPSIDUM</b>	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	<b>ETIOPSIDUM</b>	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	<b>ETIOPSIDUM</b>	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
545	<b>ETIOPSIDUM</b>	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	<b>ETIOPSIDUM</b>	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	<b>ETIOPSIDUM</b>	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	<b>ETIOPSIDUM</b>	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	<b>ETIOPSIDUM</b>	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	<b>ETIOPSIDUM</b>	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	<b>ETIOPSIDUM</b>	D12.8	ODBYTNICA
552	<b>ETIOPSIDUM</b>	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	<b>ETIOPSIDUM</b>	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	<b>ETIOPSIDUM</b>	D13.0	PRZEŁYK
555	<b>ETIOPSIDUM</b>	D13.1	ŻOŁĄDEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
556	ETOPOSIDUM	D13.2	DWUNASTNICA
557	ETOPOSIDUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	ETOPOSIDUM	D13.4	WĄTROBA
559	ETOPOSIDUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	ETOPOSIDUM	D13.6	TRZUSTKA
561	ETOPOSIDUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	ETOPOSIDUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	ETOPOSIDUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	ETOPOSIDUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	ETOPOSIDUM	D14.1	KRTAŃ
566	ETOPOSIDUM	D14.2	TCHAWICA
567	ETOPOSIDUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	ETOPOSIDUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	ETOPOSIDUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
570	ETOPOSIDUM	D15.0	GRASICA
571	ETOPOSIDUM	D15.1	SERCE
572	ETOPOSIDUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
573	ETOPOSIDUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	ETOPOSIDUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	ETOPOSIDUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	ETOPOSIDUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	ETOPOSIDUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	ETOPOSIDUM	D16.2	KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY DOLNEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
579	<b>ETO POSIDUM</b>	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	<b>ETO POSIDUM</b>	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	<b>ETO POSIDUM</b>	D16.5	ŻUCHWA
582	<b>ETO POSIDUM</b>	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	<b>ETO POSIDUM</b>	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	<b>ETO POSIDUM</b>	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	<b>ETO POSIDUM</b>	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	<b>ETO POSIDUM</b>	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
587	<b>ETO POSIDUM</b>	D18.0	NACZYNIANK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
588	<b>ETO POSIDUM</b>	D18.1	NACZYNIANK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
589	<b>ETO POSIDUM</b>	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
590	<b>ETO POSIDUM</b>	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
591	<b>ETO POSIDUM</b>	D20.1	OTRZEWNA
592	<b>ETO POSIDUM</b>	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
593	<b>ETO POSIDUM</b>	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
594	<b>ETO POSIDUM</b>	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
595	<b>ETO POSIDUM</b>	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
596	<b>ETO POSIDUM</b>	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
597	<b>ETO POSIDUM</b>	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
598	<b>ETO POSIDUM</b>	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
599	<b>ETO POSIDUM</b>	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
600	<b>ETO POSIDUM</b>	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
601	<b>ETIOPSIDUM</b>	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
602	<b>ETIOPSIDUM</b>	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
603	<b>ETIOPSIDUM</b>	D28.0	SROM
604	<b>ETIOPSIDUM</b>	D28.1	POCHWA
605	<b>ETIOPSIDUM</b>	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
606	<b>ETIOPSIDUM</b>	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607	<b>ETIOPSIDUM</b>	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608	<b>ETIOPSIDUM</b>	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
609	<b>ETIOPSIDUM</b>	D29.0	PRĄCIE
610	<b>ETIOPSIDUM</b>	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
611	<b>ETIOPSIDUM</b>	D29.2	JĄDRO
612	<b>ETIOPSIDUM</b>	D29.3	NAJĄDRZE
613	<b>ETIOPSIDUM</b>	D29.4	MOSZNA
614	<b>ETIOPSIDUM</b>	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
615	<b>ETIOPSIDUM</b>	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
616	<b>ETIOPSIDUM</b>	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
617	<b>ETIOPSIDUM</b>	D30.0	NERKA
618	<b>ETIOPSIDUM</b>	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
619	<b>ETIOPSIDUM</b>	D30.2	MOCZOWÓD
620	<b>ETIOPSIDUM</b>	D30.3	PĘCZERZ MOCZOWY
621	<b>ETIOPSIDUM</b>	D30.4	CEWKA MOCZOWA
622	<b>ETIOPSIDUM</b>	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
623	<b>ETIOPSIDUM</b>	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
624	<b>ETIOPSIDUM</b>	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
625	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.0	SPOJÓWKA
626	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.1	ROGÓWKA
627	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.2	SIATKÓWKA
628	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.3	NACZYNIÓWKA
629	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
630	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
631	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
632	<b>ETOPOSIDUM</b>	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
633	<b>ETOPOSIDUM</b>	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPONMÓZGOWYCH
634	<b>ETOPOSIDUM</b>	D32.0	OPONY MÓZGOWE
635	<b>ETOPOSIDUM</b>	D32.1	OPONY RDZENIOWE
636	<b>ETOPOSIDUM</b>	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
637	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
638	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
639	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
640	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
641	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.3	NERWY CZASZKOWE
642	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
643	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
644	<b>ETOPOSIDUM</b>	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
645	<b>ETOPOSIDUM</b>	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
646	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
647	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.0	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
648	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.1	PRZYTARCZYCE
649	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.2	PRZYSADKA
650	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
651	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.4	SZYSZYNKA
652	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
653	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
654	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
655	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
656	<b>ETOPOSIDUM</b>	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
657	<b>ETOPOSIDUM</b>	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
658	<b>ETOPOSIDUM</b>	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
659	<b>ETOPOSIDUM</b>	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
660	<b>ETOPOSIDUM</b>	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
661	<b>ETOPOSIDUM</b>	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
662	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
663	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
664	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.1	ŻOŁĄDEK
665	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.2	JELITO CIENKIE
666	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.3	JELIO ŚLEPE
667	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.4	OKRĘŻNICA
668	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.5	ODBYTNICA
669	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
670	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
671	<b>ETOPOSIDUM</b>	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
672	<b>ETO POSIDUM</b>	D38	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
673	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.0	KRTAŃ
674	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
675	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.2	OPLUCNA
676	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.3	SRÓDPIERSIE
677	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.4	GRASICA
678	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
679	<b>ETO POSIDUM</b>	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
680	<b>ETO POSIDUM</b>	D39	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
681	<b>ETO POSIDUM</b>	D39.0	MACICA
682	<b>ETO POSIDUM</b>	D39.1	JAJNIK
683	<b>ETO POSIDUM</b>	D39.2	ŁOŻYSKO
684	<b>ETO POSIDUM</b>	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
685	<b>ETO POSIDUM</b>	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
686	<b>ETO POSIDUM</b>	D40	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
687	<b>ETO POSIDUM</b>	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
688	<b>ETO POSIDUM</b>	D40.1	JĄDRO
689	<b>ETO POSIDUM</b>	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
690	<b>ETO POSIDUM</b>	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
691	<b>ETO POSIDUM</b>	D41	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
692	<b>ETO POSIDUM</b>	D41.0	NERKA
693	<b>ETO POSIDUM</b>	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
694	ETOPOSIDUM	D41.2	MOCZOWÓD
695	ETOPOSIDUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
696	ETOPOSIDUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
697	ETOPOSIDUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
698	ETOPOSIDUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
699	ETOPOSIDUM	D42	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
700	ETOPOSIDUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
701	ETOPOSIDUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
702	ETOPOSIDUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
703	ETOPOSIDUM	D43	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
704	ETOPOSIDUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
705	ETOPOSIDUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
706	ETOPOSIDUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
707	ETOPOSIDUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
708	ETOPOSIDUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
709	ETOPOSIDUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
710	ETOPOSIDUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
711	ETOPOSIDUM	D44	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
712	ETOPOSIDUM	D44.0	TARCZYCA
713	ETOPOSIDUM	D44.1	NADNERCZA
714	ETOPOSIDUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
715	ETOPOSIDUM	D44.3	PRZYSADKA
716	ETOPOSIDUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
717	<b>ETOPOSIDUM</b>	D44.5	SZYSZYNKA
718	<b>ETOPOSIDUM</b>	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
719	<b>ETOPOSIDUM</b>	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
720	<b>ETOPOSIDUM</b>	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
721	<b>ETOPOSIDUM</b>	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
722	<b>ETOPOSIDUM</b>	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
723	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
724	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
725	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
726	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW
727	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREMBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
728	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
729	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
730	<b>ETOPOSIDUM</b>	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
731	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47	INNY NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
732	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.0	GUZY HISTIOCYTÓW I KOMÓREK TUCZNYCH O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE
733	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
734	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.2	GAMMOPATIA MONOKLONALNA
735	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
736	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
737	<b>ETOPOSIDUM</b>	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
738	<b>ETO POSIDUM</b>	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
739	<b>ETO POSIDUM</b>	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
740	<b>ETO POSIDUM</b>	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
741	<b>ETO POSIDUM</b>	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
742	<b>ETO POSIDUM</b>	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNA
743	<b>ETO POSIDUM</b>	D48.4	OTRZEWNA
744	<b>ETO POSIDUM</b>	D48.5	SKÓRA
745	<b>ETO POSIDUM</b>	D48.6	SUTEK
746	<b>ETO POSIDUM</b>	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
747	<b>ETO POSIDUM</b>	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
748	<b>ETO POSIDUM</b>	D63.0	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU CHOROBY NOWOTWOROWEJ (C00-D48□)
749	<b>ETO POSIDUM</b>	D63.8	NIEDOKRWISTOŚĆ W PRZEBIEGU INNYCH CHOROBY PRZEWLEKŁYCH SKLASYFIKOWANYCH GDZIE INDZIEJ
750	<b>ETO POSIDUM</b>	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
751	<b>ETO POSIDUM</b>	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
752	<b>ETO POSIDUM</b>	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
753	<b>ETO POSIDUM</b>	D81.9	ZŁOŻONE NIEDOBORY ODPORNOŚCI, NIEOKREŚLONE
754	<b>ETO POSIDUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
755	<b>ETO POSIDUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
756	<b>ETO POSIDUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
757	<b>ETO POSIDUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
758	<b>ETO POSIDUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
759	<b>ETO POSIDUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZADOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIOWATYCH
760	<b>ETO POSIDUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
761	<b>ETO POSIDUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.25.

## FLUDARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	FLUDARABINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2	FLUDARABINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3	FLUDARABINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4	FLUDARABINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5	FLUDARABINUM	C81.3	ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW
6	FLUDARABINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7	FLUDARABINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8	FLUDARABINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9	FLUDARABINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10	FLUDARABINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11	FLUDARABINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12	FLUDARABINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13	FLUDARABINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14	FLUDARABINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15	FLUDARABINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16	FLUDARABINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17	FLUDARABINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18	FLUDARABINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	FLUDARABINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20	FLUDARABINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21	FLUDARABINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22	FLUDARABINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23	FLUDARABINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24	FLUDARABINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25	FLUDARABINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26	FLUDARABINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27	FLUDARABINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
28	FLUDARABINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29	FLUDARABINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIODALNY
30	FLUDARABINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31	FLUDARABINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32	FLUDARABINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33	FLUDARABINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34	FLUDARABINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35	FLUDARABINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36	FLUDARABINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37	FLUDARABINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38	FLUDARABINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
39	FLUDARABINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40	FLUDARABINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41	FLUDARABINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42	FLUDARABINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	FLUDARABINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44	FLUDARABINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45	FLUDARABINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
46	FLUDARABINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
47	FLUDARABINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48	FLUDARABINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
49	FLUDARABINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
50	FLUDARABINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
51	FLUDARABINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
52	FLUDARABINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
53	FLUDARABINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	FLUDARABINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	FLUDARABINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56	FLUDARABINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57	FLUDARABINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
58	FLUDARABINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
59	FLUDARABINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
60	FLUDARABINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
61	FLUDARABINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
62	FLUDARABINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	FLUDARABINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	FLUDARABINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	FLUDARABINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
66	FLUDARABINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	FLUDARABINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
68	FLUDARABINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
69	FLUDARABINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
70	FLUDARABINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
71	FLUDARABINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
72	FLUDARABINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
73	FLUDARABINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
74	FLUDARABINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
75	FLUDARABINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
76	FLUDARABINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	FLUDARABINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	FLUDARABINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	FLUDARABINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80	FLUDARABINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81	FLUDARABINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
82	FLUDARABINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
83	FLUDARABINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
84	FLUDARABINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
85	FLUDARABINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
86	FLUDARABINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BIAŁOBLASTÓW
87	FLUDARABINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BIAŁOBLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
88	FLUDARABINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
89	FLUDARABINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	FLUDARABINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY



Załącznik C.26.

## FLUOROURACILUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	FLUOROURACILUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	FLUOROURACILUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	FLUOROURACILUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	FLUOROURACILUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	FLUOROURACILUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	FLUOROURACILUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	FLUOROURACILUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	FLUOROURACILUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	FLUOROURACILUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	FLUOROURACILUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	FLUOROURACILUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	FLUOROURACILUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	FLUOROURACILUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	FLUOROURACILUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	FLUOROURACILUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	FLUOROURACILUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	FLUOROURACILUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	FLUOROURACILUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	FLUOROURACILUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	FLUORO URACILUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21	FLUORO URACILUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	FLUORO URACILUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	FLUORO URACILUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	FLUORO URACILUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	FLUORO URACILUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	FLUORO URACILUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	FLUORO URACILUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	FLUORO URACILUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	FLUORO URACILUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	FLUORO URACILUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	FLUORO URACILUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	FLUORO URACILUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	FLUORO URACILUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	FLUORO URACILUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	FLUORO URACILUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	FLUORO URACILUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	FLUORO URACILUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	FLUORO URACILUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	FLUORO URACILUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	FLUORO URACILUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	FLUORO URACILUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	FLUORO URACILUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43	FLUORO URACILUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	FLUORO URACILUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	FLUORO URACILUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46	FLUORO URACILUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	FLUORO URACILUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	FLUORO URACILUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	FLUORO URACILUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	FLUORO URACILUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	FLUORO URACILUM	C09.9	MIGDALEK, NIEOKREŚLONY
52	FLUORO URACILUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	FLUORO URACILUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	FLUORO URACILUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	FLUORO URACILUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	FLUORO URACILUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	FLUORO URACILUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	FLUORO URACILUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	FLUORO URACILUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	FLUORO URACILUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	FLUORO URACILUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	FLUORO URACILUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	FLUORO URACILUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	FLUORO URACILUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	FLUORO URACILUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	FLUORO URACILUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67	FLUORO URACILUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	FLUORO URACILUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	FLUORO URACILUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70	FLUORO URACILUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71	FLUORO URACILUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72	FLUORO URACILUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73	FLUORO URACILUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	FLUORO URACILUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	FLUORO URACILUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	FLUORO URACILUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	FLUORO URACILUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	FLUORO URACILUM	C15	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZĘLYKU
79	FLUORO URACILUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZĘLYKU
80	FLUORO URACILUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘLYKU
81	FLUORO URACILUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘLYKU
82	FLUORO URACILUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘLYKU
83	FLUORO URACILUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘLYKU
84	FLUORO URACILUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘLYKU
85	FLUORO URACILUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZĘLYKU
86	FLUORO URACILUM	C15.9	PRZĘLYK, NIEOKREŚLONY
87	FLUORO URACILUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
88	FLUORO URACILUM	C16.0	WPUST
89	FLUORO URACILUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
90	FLUORO URACILUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
91	FLUORO URACILUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
92	FLUORO URACILUM	C16.4	ODŹWIERNIK
93	FLUORO URACILUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
94	FLUORO URACILUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
95	FLUORO URACILUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
96	FLUORO URACILUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
97	FLUORO URACILUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
98	FLUORO URACILUM	C17.0	DWUNASTNICA
99	FLUORO URACILUM	C17.1	JELITO CZCZE
100	FLUORO URACILUM	C17.2	JELITO KRĘTE
101	FLUORO URACILUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
102	FLUORO URACILUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
103	FLUORO URACILUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
104	FLUORO URACILUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
105	FLUORO URACILUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
106	FLUORO URACILUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
107	FLUORO URACILUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
108	FLUORO URACILUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
109	FLUORO URACILUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
110	FLUORO URACILUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
111	FLUORO URACILUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
112	FLUORO URACILUM	C18.7	ESICA
113	FLUORO URACILUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
114	FLUORO URACILUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
115	FLUORO URACILUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
116	FLUORO URACILUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
117	FLUORO URACILUM	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
118	FLUORO URACILUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
119	FLUORO URACILUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
120	FLUORO URACILUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
121	FLUORO URACILUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
122	FLUORO URACILUM	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
123	FLUORO URACILUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
124	FLUORO URACILUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
125	FLUORO URACILUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
126	FLUORO URACILUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
127	FLUORO URACILUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
128	FLUORO URACILUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
129	FLUORO URACILUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
130	FLUORO URACILUM	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
131	FLUORO URACILUM	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
132	FLUORO URACILUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
133	FLUORO URACILUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
134	FLUORO URACILUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
135	FLUORO URACILUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
136	FLUORO URACILUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
137	FLUOROURACILUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
138	FLUOROURACILUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
139	FLUOROURACILUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
140	FLUOROURACILUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
141	FLUOROURACILUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
142	FLUOROURACILUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
143	FLUOROURACILUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
144	FLUOROURACILUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
145	FLUOROURACILUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
146	FLUOROURACILUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
147	FLUOROURACILUM	C26.1	ŚLEDZIONA
148	FLUOROURACILUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
149	FLUOROURACILUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
150	FLUOROURACILUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
151	FLUOROURACILUM	C30.0	JAMA NOSOWA
152	FLUOROURACILUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
153	FLUOROURACILUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
154	FLUOROURACILUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
155	FLUOROURACILUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
156	FLUOROURACILUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
157	FLUOROURACILUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
158	FLUOROURACILUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
159	FLUOROURACILUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
160	FLUOROURACILUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
161	FLUORO URACILUM	C32.0	GŁOŚNIA
162	FLUORO URACILUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
163	FLUORO URACILUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
164	FLUORO URACILUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
165	FLUORO URACILUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
166	FLUORO URACILUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
167	FLUORO URACILUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
168	FLUORO URACILUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
169	FLUORO URACILUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
170	FLUORO URACILUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
171	FLUORO URACILUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
172	FLUORO URACILUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
173	FLUORO URACILUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
174	FLUORO URACILUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
175	FLUORO URACILUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
176	FLUORO URACILUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
177	FLUORO URACILUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
178	FLUORO URACILUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
179	FLUORO URACILUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
180	FLUORO URACILUM	C51.2	ŁECHTACZKA
181	FLUORO URACILUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
182	FLUORO URACILUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
183	FLUORO URACILUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
184	FLUORO URACILUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
185	FLUORO URACILUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
186	FLUORO URACILUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
187	FLUORO URACILUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
188	FLUORO URACILUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
189	FLUORO URACILUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
190	FLUORO URACILUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
191	FLUORO URACILUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
192	FLUORO URACILUM	C54.2	MIEŚNIÓWKA MACICY
193	FLUORO URACILUM	C54.3	DNO MACICY
194	FLUORO URACILUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
195	FLUORO URACILUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
196	FLUORO URACILUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
197	FLUORO URACILUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
198	FLUORO URACILUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
199	FLUORO URACILUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
200	FLUORO URACILUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
201	FLUORO URACILUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁE MACICY
202	FLUORO URACILUM	C57.3	PRZYMACICZA
203	FLUORO URACILUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
204	FLUORO URACILUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
205	FLUORO URACILUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
206	FLUORO URACILUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
207	FLUORO URACILUM	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
208	FLUORO URACILUM	C60.0	NAPLETEK

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
209	FLUORO URACILUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
210	FLUORO URACILUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
211	FLUORO URACILUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
212	FLUORO URACILUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
213	FLUORO URACILUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
214	FLUORO URACILUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
215	FLUORO URACILUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
216	FLUORO URACILUM	C76.2	BRZUCH
217	FLUORO URACILUM	C76.3	MIEDNICA
218	FLUORO URACILUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
219	FLUORO URACILUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
220	FLUORO URACILUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
221	FLUORO URACILUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
222	FLUORO URACILUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
223	FLUORO URACILUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
224	FLUORO URACILUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
225	FLUORO URACILUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPLUCNEJ
226	FLUORO URACILUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
227	FLUORO URACILUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
228	FLUORO URACILUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
229	FLUORO URACILUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
230	FLUORO URACILUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
231	FLUORO URACILUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
232	FLUORO URACILUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
233	FLUORO URACILUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
234	FLUORO URACILUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
235	FLUORO URACILUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
236	FLUORO URACILUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
237	FLUORO URACILUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
238	FLUORO URACILUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
239	FLUORO URACILUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
240	FLUORO URACILUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
241	FLUORO URACILUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
242	FLUORO URACILUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
243	FLUORO URACILUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
244	FLUORO URACILUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
245	FLUORO URACILUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
246	FLUORO URACILUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
247	FLUORO URACILUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
248	FLUORO URACILUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
249	FLUORO URACILUM	D48.4	OTRZEWNA
250	FLUORO URACILUM	D48.5	SKÓRA
251	FLUORO URACILUM	D48.6	SUTEK
252	FLUORO URACILUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
253	FLUORO URACILUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.27.

## FULVESTRANT

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	FULVESTRANT	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
2	FULVESTRANT	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
3	FULVESTRANT	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
4	FULVESTRANT	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
5	FULVESTRANT	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
6	FULVESTRANT	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
7	FULVESTRANT	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
8	FULVESTRANT	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
9	FULVESTRANT	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
10	FULVESTRANT	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.28.

## GEMCYTABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	GEMCYTABINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
2	GEMCYTABINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
3	GEMCYTABINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
4	GEMCYTABINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
5	GEMCYTABINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
6	GEMCYTABINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
7	GEMCYTABINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
8	GEMCYTABINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH
9	GEMCYTABINUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
10	GEMCYTABINUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
11	GEMCYTABINUM	C24.0	ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
12	GEMCYTABINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
13	GEMCYTABINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
14	GEMCYTABINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
15	GEMCYTABINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
16	GEMCYTABINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
17	GEMCYTABINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
18	GEMCYTABINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
19	GEMCYTABINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
20	GEMCYTABINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
21	GEMCYTABINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
22	GEMCYTABINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
23	GEMCYTABINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
24	GEMCYTABINUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
25	GEMCYTABINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
26	GEMCYTABINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
27	GEMCYTABINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
28	GEMCYTABINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
29	GEMCYTABINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
30	GEMCYTABINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
31	GEMCYTABINUM	C38.4	OPLUCNA
32	GEMCYTABINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
33	GEMCYTABINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
34	GEMCYTABINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
35	GEMCYTABINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
36	GEMCYTABINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
37	GEMCYTABINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
38	GEMCYTABINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
39	GEMCYTABINUM	C45	MIĘDZYBŁONIAK
40	GEMCYTABINUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPLUCNEJ
41	GEMCYTABINUM	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
42	GEMCYTABINUM	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
43	GEMCYTABINUM	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
44	GEMCYTABINUM	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
45	GEMCYTABINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46	GEMCYTABINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
47	GEMCYTABINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
48	GEMCYTABINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
49	GEMCYTABINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
50	GEMCYTABINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
51	GEMCYTABINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
52	GEMCYTABINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
53	GEMCYTABINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
54	GEMCYTABINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
55	GEMCYTABINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
56	GEMCYTABINUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
57	GEMCYTABINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
58	GEMCYTABINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
59	GEMCYTABINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
60	GEMCYTABINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
61	GEMCYTABINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
62	GEMCYTABINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
63	GEMCYTABINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
64	GEMCYTABINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
65	GEMCYTABINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
66	GEMCYTABINUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY <i>w przypadku: mięsaka gładkokomórkowego</i>
67	GEMCYTABINUM	C54.0	CIEŚN MACICY <i>w przypadku: mięsaka gładkokomórkowego</i>



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68	GEMCYTABINUM	C54.1	BŁONA SLUZOWA MACICY <i>w przypadku: mięsaaka gładkokomórkowego</i>
69	GEMCYTABINUM	C54.2	MIĘSNIOWKA MACICY <i>w przypadku: mięsaaka gładkokomórkowego</i>
70	GEMCYTABINUM	C54.3	DNO MACICY <i>w przypadku: mięsaaka gładkokomórkowego</i>
71	GEMCYTABINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY <i>w przypadku: mięsaaka gładkokomórkowego</i>
72	GEMCYTABINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE <i>w przypadku: mięsaaka gładkokomórkowego</i>
73	GEMCYTABINUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
74	GEMCYTABINUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
75	GEMCYTABINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
76	GEMCYTABINUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
77	GEMCYTABINUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
78	GEMCYTABINUM	C57.3	PRZYM ACICZA
79	GEMCYTABINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
80	GEMCYTABINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
81	GEMCYTABINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
82	GEMCYTABINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
83	GEMCYTABINUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
84	GEMCYTABINUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
85	GEMCYTABINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
86	GEMCYTABINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
87	<b>GEMCYTABINUM</b>	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
88	<b>GEMCYTABINUM</b>	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>w przypadku: nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym</i>
89	<b>GEMCYTABINUM</b>	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>w przypadku: nowotworów złośliwych wywodzących się z kanalików zbiorczych oraz raków ze zróżnicowaniem mięsakowatym</i>
90	<b>GEMCYTABINUM</b>	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
91	<b>GEMCYTABINUM</b>	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
92	<b>GEMCYTABINUM</b>	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
93	<b>GEMCYTABINUM</b>	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
94	<b>GEMCYTABINUM</b>	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
95	<b>GEMCYTABINUM</b>	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
96	<b>GEMCYTABINUM</b>	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
97	<b>GEMCYTABINUM</b>	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
98	<b>GEMCYTABINUM</b>	C67.7	MOCZOWNIK
99	<b>GEMCYTABINUM</b>	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
100	<b>GEMCYTABINUM</b>	C67.9	PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
101	<b>GEMCYTABINUM</b>	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
102	<b>GEMCYTABINUM</b>	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
103	<b>GEMCYTABINUM</b>	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
104	<b>GEMCYTABINUM</b>	C76.2	BRZUCH
105	<b>GEMCYTABINUM</b>	C76.3	MIEDNICA
106	<b>GEMCYTABINUM</b>	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
107	<b>GEMCYTABINUM</b>	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
108	<b>GEMCYTABINUM</b>	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
109	GEMCYTABINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
110	GEMCYTABINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
111	GEMCYTABINUM	C81	CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
112	GEMCYTABINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
113	GEMCYTABINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
114	GEMCYTABINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
115	GEMCYTABINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
116	GEMCYTABINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
117	GEMCYTABINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
118	GEMCYTABINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
119	GEMCYTABINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
120	GEMCYTABINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK,

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			GUZKOWY w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
121	<b>GEMCYTABINUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
122	<b>GEMCYTABINUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
123	<b>GEMCYTABINUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
124	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
125	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
126	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
127	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
128	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
129	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY) w przypadku: pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe
130	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
131	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY) <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
132	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
133	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
134	<b>GEMCYTABINUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKRESLONY <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
135	<b>GEMCYTABINUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
136	<b>GEMCYTABINUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
137	<b>GEMCYTABINUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
138	<b>GEMCYTABINUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
139	<b>GEMCYTABINUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
140	GEMCYTABINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
141	GEMCYTABINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
142	GEMCYTABINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
143	GEMCYTABINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
144	GEMCYTABINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
145	GEMCYTABINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>
146	GEMCYTABINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby po standardowej chemioterapii lub z opornością na leczenie standardowe</i>

Załącznik C.29.

## HYDROXYCARBAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	HYDROXYCARBAMIDUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
2	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
3	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
4	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
5	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
6	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
7	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
8	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
9	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
10	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
11	HYDROXYCARBAMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
12	HYDROXYCARBAMIDUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
13	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
14	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.1	OGON KOŃSKI
15	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
16	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY
17	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
18	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
19	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20	HYDROXYCARBAMIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
21	HYDROXYCARBAMIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA
22	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
23	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
24	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
25	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.3	ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW
26	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
27	HYDROXYCARBAMIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
28	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
29	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
30	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
31	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
32	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
34	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
35	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
36	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
37	HYDROXYCARBAMIDUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
38	HYDROXYCARBAMIDUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
39	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
40	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
41	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
42	HYDROXYCARBAMIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
43	HYDROXYCARBAMIDUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
44	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
45	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
46	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
48	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
49	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
50	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
51	HYDROXYCARBAMIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
52	HYDROXYCARBAMIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
53	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
54	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
55	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57	HYDROXYCARBAMIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
58	HYDROXYCARBAMIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
59	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
60	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
61	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
62	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
63	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
64	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
65	HYDROXYCARBAMIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
66	HYDROXYCARBAMIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
67	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
68	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
69	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71	HYDROXYCARBAMIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
72	HYDROXYCARBAMIDUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
73	HYDROXYCARBAMIDUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
74	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
75	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
76	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BIAŁOCYTOZĄ
77	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BIAŁOCYTOZĄ Z TRANSFORMACJĄ
78	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
79	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
80	HYDROXYCARBAMIDUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
81	HYDROXYCARBAMIDUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
82	HYDROXYCARBAMIDUM	D57	ZABURZENIA POŁĄCZONE Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
83	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.0	NIEDOKRWISTOŚĆ SIERPOWATOKRWINKOWA Z PRZEŁOMEM
84	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.1	NIEDOKRWISTOŚĆ SIERPOWATOKRWINKOWA BEZ PRZEŁOMU
85	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.2	PODWÓJNA HETEROZYGOTA W POŁĄCZENIU Z SIERPOWATOKRWINKOWOŚCIĄ
86	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.3	CECHA SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI
87	HYDROXYCARBAMIDUM	D57.8	INNE SIERPOWATOKRWINKOWOŚCI
88	HYDROXYCARBAMIDUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA
89	HYDROXYCARBAMIDUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
90	HYDROXYCARBAMIDUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
91	HYDROXYCARBAMIDUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM

Załącznik C.30.

## IDARUBICIN

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	IDARUBICIN	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
2	IDARUBICIN	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
3	IDARUBICIN	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
4	IDARUBICIN	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
5	IDARUBICIN	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
6	IDARUBICIN	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
7	IDARUBICIN	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
8	IDARUBICIN	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
9	IDARUBICIN	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
10	IDARUBICIN	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
11	IDARUBICIN	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
12	IDARUBICIN	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
13	IDARUBICIN	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
14	IDARUBICIN	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
15	IDARUBICIN	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
16	IDARUBICIN	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
17	IDARUBICIN	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
18	IDARUBICIN	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19	IDARUBICIN	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
20	IDARUBICIN	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
21	IDARUBICIN	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
22	IDARUBICIN	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
23	IDARUBICIN	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
24	IDARUBICIN	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
25	IDARUBICIN	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
26	IDARUBICIN	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
27	IDARUBICIN	C74.0	KORA NADNERCZY
28	IDARUBICIN	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
29	IDARUBICIN	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
30	IDARUBICIN	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
31	IDARUBICIN	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
32	IDARUBICIN	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
33	IDARUBICIN	C76.2	BRZUCH
34	IDARUBICIN	C76.3	MIEDNICA
35	IDARUBICIN	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
36	IDARUBICIN	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
37	IDARUBICIN	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
38	IDARUBICIN	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
39	IDARUBICIN	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
40	IDARUBICIN	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
41	IDARUBICIN	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42	IDARUBICIN	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
43	IDARUBICIN	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
44	IDARUBICIN	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45	IDARUBICIN	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
46	IDARUBICIN	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
47	IDARUBICIN	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48	IDARUBICIN	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
49	IDARUBICIN	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
50	IDARUBICIN	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
51	IDARUBICIN	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
52	IDARUBICIN	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
53	IDARUBICIN	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
54	IDARUBICIN	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
55	IDARUBICIN	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56	IDARUBICIN	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57	IDARUBICIN	C92.3	MIEŚSAK SZPIKOWY
58	IDARUBICIN	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
59	IDARUBICIN	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
60	IDARUBICIN	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
61	IDARUBICIN	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
62	IDARUBICIN	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
63	IDARUBICIN	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64	IDARUBICIN	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65	IDARUBICIN	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
66	IDARUBICIN	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
67	IDARUBICIN	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
68	IDARUBICIN	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
69	IDARUBICIN	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
70	IDARUBICIN	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
71	IDARUBICIN	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
72	IDARUBICIN	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
73	IDARUBICIN	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
74	IDARUBICIN	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
75	IDARUBICIN	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
76	IDARUBICIN	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
77	IDARUBICIN	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78	IDARUBICIN	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79	IDARUBICIN	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80	IDARUBICIN	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81	IDARUBICIN	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
82	IDARUBICIN	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
83	IDARUBICIN	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
84	IDARUBICIN	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
85	IDARUBICIN	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
86	IDARUBICIN	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
87	IDARUBICIN	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
88	<b>IDARUBICIN</b>	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE T KANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
89	<b>IDARUBICIN</b>	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
90	<b>IDARUBICIN</b>	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
91	<b>IDARUBICIN</b>	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
92	<b>IDARUBICIN</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
93	<b>IDARUBICIN</b>	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
94	<b>IDARUBICIN</b>	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
95	<b>IDARUBICIN</b>	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
96	<b>IDARUBICIN</b>	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY



Załącznik C.31.

## IFOSFAMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	IFOSFAMIDUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2	IFOSFAMIDUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3	IFOSFAMIDUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4	IFOSFAMIDUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5	IFOSFAMIDUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6	IFOSFAMIDUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7	IFOSFAMIDUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8	IFOSFAMIDUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9	IFOSFAMIDUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10	IFOSFAMIDUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11	IFOSFAMIDUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12	IFOSFAMIDUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13	IFOSFAMIDUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14	IFOSFAMIDUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15	IFOSFAMIDUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16	IFOSFAMIDUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17	IFOSFAMIDUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18	IFOSFAMIDUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19	IFOSFAMIDUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20	IFOSFAMIDUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21	IFOSFAMIDUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22	IFOSFAMIDUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23	IFOSFAMIDUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24	IFOSFAMIDUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25	IFOSFAMIDUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26	IFOSFAMIDUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27	IFOSFAMIDUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28	IFOSFAMIDUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29	IFOSFAMIDUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30	IFOSFAMIDUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31	IFOSFAMIDUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32	IFOSFAMIDUM	C05.2	JĘZYCZEK
33	IFOSFAMIDUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34	IFOSFAMIDUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35	IFOSFAMIDUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36	IFOSFAMIDUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37	IFOSFAMIDUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38	IFOSFAMIDUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39	IFOSFAMIDUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40	IFOSFAMIDUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41	IFOSFAMIDUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42	IFOSFAMIDUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43	IFOSFAMIDUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44	IFOSFAMIDUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45	IFOSFAMIDUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46	IFOSFAMIDUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47	IFOSFAMIDUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48	IFOSFAMIDUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49	IFOSFAMIDUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY)(PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50	IFOSFAMIDUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51	IFOSFAMIDUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52	IFOSFAMIDUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53	IFOSFAMIDUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54	IFOSFAMIDUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55	IFOSFAMIDUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56	IFOSFAMIDUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57	IFOSFAMIDUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58	IFOSFAMIDUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59	IFOSFAMIDUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60	IFOSFAMIDUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61	IFOSFAMIDUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62	IFOSFAMIDUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63	IFOSFAMIDUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64	IFOSFAMIDUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65	IFOSFAMIDUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66	IFOSFAMIDUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67	IFOSFAMIDUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68	IFOSFAMIDUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69	IFOSFAMIDUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKIPIERŚCIENIOWATEJ
70	IFOSFAMIDUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71	IFOSFAMIDUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72	IFOSFAMIDUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73	IFOSFAMIDUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74	IFOSFAMIDUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75	IFOSFAMIDUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76	IFOSFAMIDUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77	IFOSFAMIDUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78	IFOSFAMIDUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79	IFOSFAMIDUM	C16.0	WPUST
80	IFOSFAMIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81	IFOSFAMIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82	IFOSFAMIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83	IFOSFAMIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84	IFOSFAMIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85	IFOSFAMIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86	IFOSFAMIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87	IFOSFAMIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88	IFOSFAMIDUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89	IFOSFAMIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
90	IFOSFAMIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
91	IFOSFAMIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92	IFOSFAMIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93	IFOSFAMIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94	IFOSFAMIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95	IFOSFAMIDUM	C18	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96	IFOSFAMIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97	IFOSFAMIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98	IFOSFAMIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99	IFOSFAMIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100	IFOSFAMIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101	IFOSFAMIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102	IFOSFAMIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
103	IFOSFAMIDUM	C18.7	ESICA
104	IFOSFAMIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105	IFOSFAMIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106	IFOSFAMIDUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107	IFOSFAMIDUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108	IFOSFAMIDUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109	IFOSFAMIDUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110	IFOSFAMIDUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111	IFOSFAMIDUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112	IFOSFAMIDUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113	IFOSFAMIDUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114	IFOSFAMIDUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115	IFOSFAMIDUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116	IFOSFAMIDUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117	IFOSFAMIDUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118	IFOSFAMIDUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119	IFOSFAMIDUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120	IFOSFAMIDUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
121	IFOSFAMIDUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122	IFOSFAMIDUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123	IFOSFAMIDUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124	IFOSFAMIDUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125	IFOSFAMIDUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126	IFOSFAMIDUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127	IFOSFAMIDUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128	IFOSFAMIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129	IFOSFAMIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130	IFOSFAMIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131	IFOSFAMIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132	IFOSFAMIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZWYDZIELNICZA TRZUSTKI
133	IFOSFAMIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134	IFOSFAMIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135	IFOSFAMIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136	IFOSFAMIDUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137	IFOSFAMIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138	IFOSFAMIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139	IFOSFAMIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140	IFOSFAMIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141	IFOSFAMIDUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142	IFOSFAMIDUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143	IFOSFAMIDUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144	IFOSFAMIDUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145	IFOSFAMIDUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
146	IFOSFAMIDUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147	IFOSFAMIDUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148	IFOSFAMIDUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149	IFOSFAMIDUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150	IFOSFAMIDUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151	IFOSFAMIDUM	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
152	IFOSFAMIDUM	C32.0	GŁOŚNIA
153	IFOSFAMIDUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
154	IFOSFAMIDUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
155	IFOSFAMIDUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
156	IFOSFAMIDUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
157	IFOSFAMIDUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
158	IFOSFAMIDUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
159	IFOSFAMIDUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
160	IFOSFAMIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
161	IFOSFAMIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
162	IFOSFAMIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
163	IFOSFAMIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
164	IFOSFAMIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
165	IFOSFAMIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
166	IFOSFAMIDUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
167	IFOSFAMIDUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
168	IFOSFAMIDUM	C38.0	SERCE
169	IFOSFAMIDUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
170	IFOSFAMIDUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
171	IFOSFAMIDUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
172	IFOSFAMIDUM	C38.4	OPLUCNA
173	IFOSFAMIDUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
174	IFOSFAMIDUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
175	IFOSFAMIDUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
176	IFOSFAMIDUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
177	IFOSFAMIDUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
178	IFOSFAMIDUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYŃ
179	IFOSFAMIDUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
180	IFOSFAMIDUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
181	IFOSFAMIDUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
182	IFOSFAMIDUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
183	IFOSFAMIDUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYŃ
184	IFOSFAMIDUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYŃ, NIEOKREŚLONE
185	IFOSFAMIDUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
186	IFOSFAMIDUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
187	IFOSFAMIDUM	C41.1	ŻUCHWA
188	IFOSFAMIDUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
189	IFOSFAMIDUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
190	IFOSFAMIDUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
191	IFOSFAMIDUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
192	IFOSFAMIDUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
193	IFOSFAMIDUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
194	IFOSFAMIDUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
195	IFOSFAMIDUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
196	IFO SFAMIDUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
197	IFO SFAMIDUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI T WARZY
198	IFO SFAMIDUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
199	IFO SFAMIDUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
200	IFO SFAMIDUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
201	IFO SFAMIDUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
202	IFO SFAMIDUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
203	IFO SFAMIDUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
204	IFO SFAMIDUM	C46	MIĘSAK KAPOSI' EGO
205	IFO SFAMIDUM	C46.0	MIĘSAK KAPOSI' EGO SKÓRY
206	IFO SFAMIDUM	C46.1	MIĘSAK KAPOSI' EGO T KANKI MIĘKKIEJ
207	IFO SFAMIDUM	C46.2	MIĘSAK KAPOSI' EGO PODNIEBIENIA
208	IFO SFAMIDUM	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
209	IFO SFAMIDUM	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
210	IFO SFAMIDUM	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
211	IFO SFAMIDUM	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
212	IFO SFAMIDUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
213	IFO SFAMIDUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, T WARZY I SZYI
214	IFO SFAMIDUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
215	IFO SFAMIDUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
216	IFO SFAMIDUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
217	IFO SFAMIDUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
218	IFO SFAMIDUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
219	IFO SFAMIDUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
220	IFO SFAMIDUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
221	IFOSFAMIDUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222	IFOSFAMIDUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
223	IFOSFAMIDUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
224	IFOSFAMIDUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
225	IFOSFAMIDUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
226	IFOSFAMIDUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
227	IFOSFAMIDUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
228	IFOSFAMIDUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
229	IFOSFAMIDUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
230	IFOSFAMIDUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
231	IFOSFAMIDUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
232	IFOSFAMIDUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
233	IFOSFAMIDUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
234	IFOSFAMIDUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
235	IFOSFAMIDUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
236	IFOSFAMIDUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
237	IFOSFAMIDUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
238	IFOSFAMIDUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
239	IFOSFAMIDUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
240	IFOSFAMIDUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
241	IFOSFAMIDUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
242	IFOSFAMIDUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
243	IFOSFAMIDUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
244	IFOSFAMIDUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
245	IFOSFAMIDUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
246	IFOSFAMIDUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
247	IFOSFAMIDUM	C51	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SROMU
248	IFOSFAMIDUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
249	IFOSFAMIDUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
250	IFOSFAMIDUM	C51.2	ŁECHTACZKA
251	IFOSFAMIDUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
252	IFOSFAMIDUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
253	IFOSFAMIDUM	C52	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
254	IFOSFAMIDUM	C53	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
255	IFOSFAMIDUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
256	IFOSFAMIDUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
257	IFOSFAMIDUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
258	IFOSFAMIDUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
259	IFOSFAMIDUM	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
260	IFOSFAMIDUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
261	IFOSFAMIDUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
262	IFOSFAMIDUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
263	IFOSFAMIDUM	C54.3	DNO MACICY
264	IFOSFAMIDUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
265	IFOSFAMIDUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
266	IFOSFAMIDUM	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
267	IFOSFAMIDUM	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
268	IFOSFAMIDUM	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
269	IFOSFAMIDUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
270	IFOSFAMIDUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
271	IFOSFAMIDUM	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
272	IFOSFAMIDUM	C57.3	PRZYMACICZA
273	IFOSFAMIDUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
274	IFOSFAMIDUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
275	IFOSFAMIDUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
276	IFOSFAMIDUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
277	IFOSFAMIDUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
278	IFOSFAMIDUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
279	IFOSFAMIDUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
280	IFOSFAMIDUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
281	IFOSFAMIDUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
282	IFOSFAMIDUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
283	IFOSFAMIDUM	C63.0	NAJĄDRZE
284	IFOSFAMIDUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
285	IFOSFAMIDUM	C63.2	MOSZNA
286	IFOSFAMIDUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
287	IFOSFAMIDUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
288	IFOSFAMIDUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
289	IFOSFAMIDUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
290	IFOSFAMIDUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
291	IFOSFAMIDUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
292	IFOSFAMIDUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
293	IFOSFAMIDUM	C67.0	TROJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
294	IFOSFAMIDUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
295	IFOSFAMIDUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
296	IFOSFAMIDUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
297	IFOSFAMIDUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
298	IFOSFAMIDUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
299	IFOSFAMIDUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
300	IFOSFAMIDUM	C67.7	MOCZOWNIK
301	IFOSFAMIDUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
302	IFOSFAMIDUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
303	IFOSFAMIDUM	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
304	IFOSFAMIDUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
305	IFOSFAMIDUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
306	IFOSFAMIDUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
307	IFOSFAMIDUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
308	IFOSFAMIDUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
309	IFOSFAMIDUM	C69.0	SPOJÓWKA
310	IFOSFAMIDUM	C69.1	ROGÓWKA
311	IFOSFAMIDUM	C69.2	SIATKÓWKA
312	IFOSFAMIDUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
313	IFOSFAMIDUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
314	IFOSFAMIDUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
315	IFOSFAMIDUM	C69.6	OCZODÓŁ
316	IFOSFAMIDUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
317	IFOSFAMIDUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
318	IFOSFAMIDUM	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON
319	IFOSFAMIDUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
320	IFOSFAMIDUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
321	IFOSFAMIDUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
322	IFOSFAMIDUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
323	IFOSFAMIDUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
324	IFOSFAMIDUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
325	IFOSFAMIDUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
326	IFOSFAMIDUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
327	IFOSFAMIDUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
328	IFOSFAMIDUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
329	IFOSFAMIDUM	C71.6	MÓZDŻEK
330	IFOSFAMIDUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
331	IFOSFAMIDUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
332	IFOSFAMIDUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
333	IFOSFAMIDUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
334	IFOSFAMIDUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
335	IFOSFAMIDUM	C72.1	OGON KOŃSKI
336	IFOSFAMIDUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
337	IFOSFAMIDUM	C72.3	NERW WZROKOWY
338	IFOSFAMIDUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
339	IFOSFAMIDUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
340	IFOSFAMIDUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
341	IFOSFAMIDUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
342	IFOSFAMIDUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
343	IFOSFAMIDUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
344	IFOSFAMIDUM	C74.0	KORA NADNERCZY
345	IFOSFAMIDUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
346	IFOSFAMIDUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
347	IFOSFAMIDUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
348	IFOSFAMIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
349	IFOSFAMIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
350	IFOSFAMIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
351	IFOSFAMIDUM	C75.3	SZYSZYNKA
352	IFOSFAMIDUM	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
353	IFOSFAMIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
354	IFOSFAMIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
355	IFOSFAMIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
356	IFOSFAMIDUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
357	IFOSFAMIDUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
358	IFOSFAMIDUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
359	IFOSFAMIDUM	C76.2	BRZUCH
360	IFOSFAMIDUM	C76.3	MIEDNICA
361	IFOSFAMIDUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
362	IFOSFAMIDUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
363	IFOSFAMIDUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
364	IFOSFAMIDUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
365	IFOSFAMIDUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
366	IFOSFAMIDUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
367	IFOSFAMIDUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KLATKI PIERSIOWEJ
368	IFOSFAMIDUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
369	IFOSFAMIDUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
370	IFOSFAMIDUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
371	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
372	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
373	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
374	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
375	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
376	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
377	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
378	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
379	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
380	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
381	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
382	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
383	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
384	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
385	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
386	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
387	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
388	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
389	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
390	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
391	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
392	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
393	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
394	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
395	<b>IFOSFAMIDUM</b>	C81	CHOROBA HODGKINA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
396	IFOSFAMIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
397	IFOSFAMIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
398	IFOSFAMIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
399	IFOSFAMIDUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
400	IFOSFAMIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
401	IFOSFAMIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
402	IFOSFAMIDUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
403	IFOSFAMIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
404	IFOSFAMIDUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
405	IFOSFAMIDUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
406	IFOSFAMIDUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
407	IFOSFAMIDUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
408	IFOSFAMIDUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
409	IFOSFAMIDUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
410	IFOSFAMIDUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
411	IFOSFAMIDUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
412	IFOSFAMIDUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
413	IFOSFAMIDUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
414	IFOSFAMIDUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
415	IFOSFAMIDUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
416	IFOSFAMIDUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
417	IFOSFAMIDUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
418	IFOSFAMIDUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
419	IFOSFAMIDUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
420	IFOSFAMIDUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
421	IFOSFAMIDUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
422	IFOSFAMIDUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
423	IFOSFAMIDUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
424	IFOSFAMIDUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
425	IFOSFAMIDUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
426	IFOSFAMIDUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
427	IFOSFAMIDUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
428	IFOSFAMIDUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
429	IFOSFAMIDUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
430	IFOSFAMIDUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
431	IFOSFAMIDUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
432	IFOSFAMIDUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
433	IFOSFAMIDUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
434	IFOSFAMIDUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
435	IFOSFAMIDUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
436	IFOSFAMIDUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
437	IFOSFAMIDUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
438	IFOSFAMIDUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
439	IFOSFAMIDUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
440	IFOSFAMIDUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
441	IFOSFAMIDUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
442	IFOSFAMIDUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
443	IFOSFAMIDUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
444	IFOSFAMIDUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
445	IFOSFAMIDUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
446	IFOSFAMIDUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
447	IFOSFAMIDUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
448	IFOSFAMIDUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
449	IFOSFAMIDUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
450	IFOSFAMIDUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
451	IFOSFAMIDUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
452	IFOSFAMIDUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
453	IFOSFAMIDUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
454	IFOSFAMIDUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
455	IFOSFAMIDUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
456	IFOSFAMIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
457	IFOSFAMIDUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
458	IFOSFAMIDUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459	IFOSFAMIDUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
460	IFOSFAMIDUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
461	IFOSFAMIDUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
462	IFOSFAMIDUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
463	IFOSFAMIDUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
464	IFOSFAMIDUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
465	IFOSFAMIDUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
466	IFOSFAMIDUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
467	IFOSFAMIDUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
468	IFOSFAMIDUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
469	IFOSFAMIDUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
470	IFOSFAMIDUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK T UCZNYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
471	IFOSFAMIDUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
472	IFOSFAMIDUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
473	IFOSFAMIDUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
474	IFOSFAMIDUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
475	IFOSFAMIDUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
476	IFOSFAMIDUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
477	IFOSFAMIDUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
478	IFOSFAMIDUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
479	IFOSFAMIDUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
480	IFOSFAMIDUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
481	IFOSFAMIDUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
482	IFOSFAMIDUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
483	IFOSFAMIDUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
484	IFOSFAMIDUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
485	IFOSFAMIDUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
486	IFOSFAMIDUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
487	IFOSFAMIDUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
488	IFOSFAMIDUM	D01	RAKI IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
489	IFOSFAMIDUM	D01.0	OKRĘŻNICA
490	IFOSFAMIDUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
491	IFOSFAMIDUM	D01.2	ODBYTNICA
492	IFOSFAMIDUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
493	IFOSFAMIDUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
494	IFOSFAMIDUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
495	IFOSFAMIDUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
496	IFOSFAMIDUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
497	IFOSFAMIDUM	D03	CZERNIAK IN SITU
498	IFOSFAMIDUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
499	IFOSFAMIDUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA
500	IFOSFAMIDUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
501	IFOSFAMIDUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
502	IFOSFAMIDUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
503	IFOSFAMIDUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
504	IFOSFAMIDUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
505	IFOSFAMIDUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
506	IFOSFAMIDUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
507	IFOSFAMIDUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
508	IFOSFAMIDUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
509	IFOSFAMIDUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
510	IFOSFAMIDUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
511	IFOSFAMIDUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
512	IFOSFAMIDUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
513	IFOSFAMIDUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
514	IFOSFAMIDUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
515	IFOSFAMIDUM	D07.1	SROM
516	IFOSFAMIDUM	D07.2	POCHWA
517	IFOSFAMIDUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
518	IFOSFAMIDUM	D07.4	PRĄCIE
519	IFOSFAMIDUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
520	IFOSFAMIDUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
521	IFOSFAMIDUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
522	IFOSFAMIDUM	D09.0	PĘCHERZ MOCZOWY
523	IFOSFAMIDUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
524	IFOSFAMIDUM	D09.2	OKO
525	IFOSFAMIDUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
526	IFOSFAMIDUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
527	IFOSFAMIDUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
528	IFOSFAMIDUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
529	IFOSFAMIDUM	D10.0	WARGA
530	IFOSFAMIDUM	D10.1	JĘZYK
531	IFOSFAMIDUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
532	IFOSFAMIDUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
533	IFOSFAMIDUM	D10.4	MIGDAŁEK
534	IFOSFAMIDUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
535	IFOSFAMIDUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
536	IFOSFAMIDUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
537	IFOSFAMIDUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
538	IFOSFAMIDUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
539	IFOSFAMIDUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
540	IFOSFAMIDUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
541	IFOSFAMIDUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
542	IFOSFAMIDUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
543	IFOSFAMIDUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
544	IFOSFAMIDUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
545	IFOSFAMIDUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
546	IFOSFAMIDUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
547	IFOSFAMIDUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
548	IFOSFAMIDUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
549	IFOSFAMIDUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
550	IFOSFAMIDUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
551	IFOSFAMIDUM	D12.8	ODBYTNICA
552	IFOSFAMIDUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
553	IFOSFAMIDUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
554	IFOSFAMIDUM	D13.0	PRZELYK
555	IFOSFAMIDUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
556	IFOSFAMIDUM	D13.2	DWUNASTNICA
557	IFOSFAMIDUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
558	IFOSFAMIDUM	D13.4	WĄTROBA
559	IFOSFAMIDUM	D13.5	DROGI ŻÓLCIOWE ZEWNĄTRZWĄTROBOWE
560	IFOSFAMIDUM	D13.6	TRZUSTKA
561	IFOSFAMIDUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
562	IFOSFAMIDUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
563	IFOSFAMIDUM	D14	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
564	IFOSFAMIDUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
565	IFOSFAMIDUM	D14.1	KRTAŃ
566	IFOSFAMIDUM	D14.2	TCHAWICA
567	IFOSFAMIDUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
568	IFOSFAMIDUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
569	IFOSFAMIDUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
570	IFOSFAMIDUM	D15.0	GRASICA
571	IFOSFAMIDUM	D15.1	SERCE
572	IFOSFAMIDUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
573	IFOSFAMIDUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
574	IFOSFAMIDUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
575	IFOSFAMIDUM	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
576	IFOSFAMIDUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
577	IFOSFAMIDUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
578	IFOSFAMIDUM	D16.2	KOŚCI DŁGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
579	IFOSFAMIDUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
580	IFOSFAMIDUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
581	IFOSFAMIDUM	D16.5	ŻUCHWA
582	IFOSFAMIDUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
583	IFOSFAMIDUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
584	IFOSFAMIDUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
585	IFOSFAMIDUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
586	IFOSFAMIDUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
587	IFOSFAMIDUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
588	IFOSFAMIDUM	D20.1	OTRZEWNA
589	IFOSFAMIDUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
590	IFOSFAMIDUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
591	IFOSFAMIDUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
592	IFOSFAMIDUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
593	IFOSFAMIDUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
594	IFOSFAMIDUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
595	IFOSFAMIDUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
596	IFOSFAMIDUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
597	IFOSFAMIDUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
598	IFOSFAMIDUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
599	IFOSFAMIDUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
600	IFOSFAMIDUM	D28.0	SROM
601	IFOSFAMIDUM	D28.1	POCHWA
602	IFOSFAMIDUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
603	IFOSFAMIDUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
604	IFOSFAMIDUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
605	IFOSFAMIDUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
606	IFOSFAMIDUM	D29.0	PRĄCIE
607	IFOSFAMIDUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
608	IFOSFAMIDUM	D29.2	JĄDRO
609	IFOSFAMIDUM	D29.3	NAJĄDRZE
610	IFOSFAMIDUM	D29.4	MOSZNA
611	IFOSFAMIDUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
612	IFOSFAMIDUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
613	IFOSFAMIDUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
614	IFOSFAMIDUM	D30.0	NERKA
615	IFOSFAMIDUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
616	IFOSFAMIDUM	D30.2	MOCZOWÓD
617	IFOSFAMIDUM	D30.3	PĘCZERZ MOCZOWY
618	IFOSFAMIDUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
619	IFOSFAMIDUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
620	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
621	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
622	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.0	SPOJÓWKA
623	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.1	ROGÓWKA
624	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.2	SIATKÓWKA
625	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.3	NACZYNIÓWKA
626	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
627	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
628	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
629	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
630	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
631	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D32.0	OPONY MÓZGOWE
632	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D32.1	OPONY RDZENIOWE
633	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
634	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
635	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
636	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
637	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
638	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33.3	NERWY CZASZKOWE
639	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
640	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
641	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
642	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
643	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
644	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D35.0	NADNERCZA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
645	IFOSFAMIDUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
646	IFOSFAMIDUM	D35.2	PRZYSADKA
647	IFOSFAMIDUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
648	IFOSFAMIDUM	D35.4	SZYSZYNKA
649	IFOSFAMIDUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
650	IFOSFAMIDUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
651	IFOSFAMIDUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
652	IFOSFAMIDUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
653	IFOSFAMIDUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
654	IFOSFAMIDUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
655	IFOSFAMIDUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
656	IFOSFAMIDUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
657	IFOSFAMIDUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
658	IFOSFAMIDUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
659	IFOSFAMIDUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
660	IFOSFAMIDUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
661	IFOSFAMIDUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
662	IFOSFAMIDUM	D37.2	JELITO CIENKIE
663	IFOSFAMIDUM	D37.3	JELIO ŚLEPE
664	IFOSFAMIDUM	D37.4	OKRĘŻNICA
665	IFOSFAMIDUM	D37.5	ODBYTNICA
666	IFOSFAMIDUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
667	IFOSFAMIDUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
668	IFOSFAMIDUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
669	IFOSFAMIDUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KŁATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
670	IFOSFAMIDUM	D38.0	KRTAŃ
671	IFOSFAMIDUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
672	IFOSFAMIDUM	D38.2	OPLUCNA
673	IFOSFAMIDUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
674	IFOSFAMIDUM	D38.4	GRASICA
675	IFOSFAMIDUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
676	IFOSFAMIDUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
677	IFOSFAMIDUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
678	IFOSFAMIDUM	D39.0	MACICA
679	IFOSFAMIDUM	D39.1	JAJNIK
680	IFOSFAMIDUM	D39.2	ŁOŻYSKO
681	IFOSFAMIDUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
682	IFOSFAMIDUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
683	IFOSFAMIDUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
684	IFOSFAMIDUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
685	IFOSFAMIDUM	D40.1	JĄDRO
686	IFOSFAMIDUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
687	IFOSFAMIDUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
688	IFOSFAMIDUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
689	IFOSFAMIDUM	D41.0	NERKA
690	IFOSFAMIDUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
691	IFOSFAMIDUM	D41.2	MOCZOWÓD
692	IFOSFAMIDUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
693	IFOSFAMIDUM	D41.4	PĘCZERZ MOCZOWY
694	IFOSFAMIDUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
695	IFOSFAMIDUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
696	IFOSFAMIDUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
697	IFOSFAMIDUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
698	IFOSFAMIDUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
699	IFOSFAMIDUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
700	IFOSFAMIDUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
701	IFOSFAMIDUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
702	IFOSFAMIDUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
703	IFOSFAMIDUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
704	IFOSFAMIDUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
705	IFOSFAMIDUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
706	IFOSFAMIDUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
707	IFOSFAMIDUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
708	IFOSFAMIDUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
709	IFOSFAMIDUM	D44.0	TARCZYCA
710	IFOSFAMIDUM	D44.1	NADNERCZA
711	IFOSFAMIDUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
712	IFOSFAMIDUM	D44.3	PRZYSADKA
713	IFOSFAMIDUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
714	IFOSFAMIDUM	D44.5	SZYSZYNKA
715	IFOSFAMIDUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
716	IFOSFAMIDUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
717	IFOSFAMIDUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
718	IFOSFAMIDUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
719	IFOSFAMIDUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
720	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOT WÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
721	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOT WÓTRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
722	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
723	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
724	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
725	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
726	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
727	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.4	OTRZEWNA
728	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.5	SKÓRA
729	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.6	SUTEK
730	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
731	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
732	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
733	<b>IFOSFAMIDUM</b>	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
734	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
735	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
736	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
737	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
738	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
739	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
740	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
741	<b>IFOSFAMIDUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.35.

## IRINOTECANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	IRINOTECANUM	C15	RAK PRZELYKU
2.	IRINOTECANUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZELYKU
3.	IRINOTECANUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELYKU
4.	IRINOTECANUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELYKU
5.	IRINOTECANUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
6.	IRINOTECANUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
7.	IRINOTECANUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
8.	IRINOTECANUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZELYKU
9.	IRINOTECANUM	C15.9	PRZELYK, NIEOKREŚLONY
10.	IRINOTECANUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	IRINOTECANUM	C16.0	WPUST
12.	IRINOTECANUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	IRINOTECANUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	IRINOTECANUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	IRINOTECANUM	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	IRINOTECANUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	IRINOTECANUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	IRINOTECANUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	IRINOTECANUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	IRINOTECANUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	IRINOTECANUM	C17.0	DWUNASTNICA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
22.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.1	JELITO CZCZE
23.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.3	UCHYLEK MECKELA
25.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	<b>IRINOTECANUM</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.7	ESICA
36.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	<b>IRINOTECANUM</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	<b>IRINOTECANUM</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	<b>IRINOTECANUM</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
41.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
42.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
43.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
44.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
45.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
46.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
47.	<b>IRINOTECANUM</b>	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
48.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
49.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
50.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.1	TRZON TRZUSTKI
51.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.2	OGON TRZUSTKI
52.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
53.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
54.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
55.	<b>IRINOTECANUM</b>	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
56.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
57.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
58.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
59.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
60.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
61.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
62.	<b>IRINOTECANUM</b>	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
63.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
64.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
65.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
66.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
67.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
68.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
69.	<b>IRINOTECANUM</b>	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
70.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
71.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
72.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.1	ŻUCHWA
73.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
74.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
75.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
76.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
77.	<b>IRINOTECANUM</b>	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
78.	<b>IRINOTECANUM</b>	C46.9	MIĘSAK KAPOSI'EGO, NIEOKREŚLONY
79.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
80.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
81.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
82.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
83.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
84.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
85.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
86.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
87.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
88.	<b>IRINOTECANUM</b>	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
89.	<b>IRINOTECANUM</b>	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
90.	<b>IRINOTECANUM</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
91.	<b>IRINOTECANUM</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
92.	<b>IRINOTECANUM</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
93.	<b>IRINOTECANUM</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
94.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
95.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
96.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
97.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
98.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
99.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
100.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
101.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
102.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
103.	<b>IRINOTECANUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
104.	<b>IRINOTECANUM</b>	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
105.	<b>IRINOTECANUM</b>	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
106.	<b>IRINOTECANUM</b>	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
107.	<b>IRINOTECANUM</b>	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
108.	<b>IRINOTECANUM</b>	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
109.	<b>IRINOTECANUM</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
110.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
111.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
112.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO
113.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
114.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
115.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
116.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
117.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
118.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.7	MOCZOWNIK
119.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO
120.	<b>IRINOTECANUM</b>	C67.9	PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
121.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
122.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓWIKOMÓR
123.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
124.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
125.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
126.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.4	PLĄT POTYLICZNY
127.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
128.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.6	MÓZDŻEK
129.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.7	PIEŃ MÓZGU
130.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
131.	<b>IRINOTECANUM</b>	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
132.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
133.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
134.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.1	OGON KOŃSKI
135.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.2	NERW WĘCHOWY
136.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.3	NERW WZROKOWY
137.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
138.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
139.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
140.	<b>IRINOTECANUM</b>	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.37.a.

## LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LANREOTIDUM	C15	RAK PRZELYKU
2.	LANREOTIDUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZELYKU
3.	LANREOTIDUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELYKU
4.	LANREOTIDUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELYKU
5.	LANREOTIDUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
6.	LANREOTIDUM	C15.4	ŚRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
7.	LANREOTIDUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
8.	LANREOTIDUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZELYKU
9.	LANREOTIDUM	C15.9	PRZELYK, NIEOKREŚLONY
10.	LANREOTIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	LANREOTIDUM	C16.0	WPUST
12.	LANREOTIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	LANREOTIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	LANREOTIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	LANREOTIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	LANREOTIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	LANREOTIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	LANREOTIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	LANREOTIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	LANREOTIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
21.	LANREOTIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
22.	LANREOTIDUM	C17.1	JELITO CZCZE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
23.	LANREO TIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
24.	LANREO TIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
25.	LANREO TIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
26.	LANREO TIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	LANREO TIDUM	C18	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
28.	LANREO TIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
29.	LANREO TIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	LANREO TIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	LANREO TIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	LANREO TIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	LANREO TIDUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	LANREO TIDUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	LANREO TIDUM	C18.7	ESICA
36.	LANREO TIDUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	LANREO TIDUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	LANREO TIDUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	LANREO TIDUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
40.	LANREO TIDUM	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
41.	LANREO TIDUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
42.	LANREO TIDUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
43.	LANREO TIDUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
44.	LANREO TIDUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
45.	LANREO TIDUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
46.	LANREO TIDUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
47.	LANREO TIDUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
48.	LANREO TIDUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
49.	LANREO TIDUM	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
50.	LANREO TIDUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
51.	LANREO TIDUM	C26.1	ŚLEDZIONA
52.	LANREO TIDUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
53.	LANREO TIDUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
54.	LANREO TIDUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
55.	LANREO TIDUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
56.	LANREO TIDUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
57.	LANREO TIDUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
58.	LANREO TIDUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
59.	LANREO TIDUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
60.	LANREO TIDUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
61.	LANREO TIDUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
62.	LANREO TIDUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
63.	LANREO TIDUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
64.	LANREO TIDUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
65.	LANREO TIDUM	C75.3	SZYSZYNKA
66.	LANREO TIDUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
67.	LANREO TIDUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZYWOJOWE
68.	LANREO TIDUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
69.	LANREO TIDUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
70.	LANREO TIDUM	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
71.	LANREO TIDUM	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
72.	LANREO TIDUM	E34.2	EKT OPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
73.	LANREO TIDUM	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZ WYDZIELNICZE <i>z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
74.	LANREOTIDUM	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE



Załącznik C.37.b.

## LANREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LANREOTIDUM	C80	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA w przypadku: guzów neuroendokrynych żołądkowo-jelitowo-trzustkowych nieznanego pochodzenia

Załącznik C.39.

## MELPHALANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MELPHALANUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	MELPHALANUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	MELPHALANUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	MELPHALANUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	MELPHALANUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	MELPHALANUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	MELPHALANUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	MELPHALANUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	MELPHALANUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	MELPHALANUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	MELPHALANUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	MELPHALANUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
13.	MELPHALANUM	C81	CHOROBA HODGKINA
14.	MELPHALANUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
15.	MELPHALANUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
16.	MELPHALANUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
17.	MELPHALANUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
18.	MELPHALANUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
19.	MELPHALANUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
20.	MELPHALANUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
21.	MELPHALANUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
22.	MELPHALANUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
23.	MELPHALANUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
24.	MELPHALANUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
25.	MELPHALANUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
26.	MELPHALANUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
27.	MELPHALANUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
28.	MELPHALANUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
29.	MELPHALANUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
30.	MELPHALANUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
31.	MELPHALANUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
32.	MELPHALANUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
33.	MELPHALANUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
34.	MELPHALANUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
35.	MELPHALANUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
36.	MELPHALANUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	MELPHALANUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
38.	MELPHALANUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
39.	MELPHALANUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
40.	MELPHALANUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
41.	MELPHALANUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
42.	MELPHALANUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
43.	MELPHALANUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
44.	MELPHALANUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
45.	MELPHALANUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
46.	MELPHALANUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
47.	MELPHALANUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
48.	MELPHALANUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
49.	MELPHALANUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
50.	MELPHALANUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
51.	MELPHALANUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
52.	MELPHALANUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
53.	MELPHALANUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	MELPHALANUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA
55.	MELPHALANUM	E85	AMYLOIDOZA /SKROBIAWICA/
56.	MELPHALANUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
57.	MELPHALANUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
58.	MELPHALANUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
59.	MELPHALANUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
60.	MELPHALANUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MAS SKROBIAWATYCH
61.	MELPHALANUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
62.	MELPHALANUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.40.

## MERCAPTOPURINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MERCAPTOPURINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	MERCAPTOPURINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	MERCAPTOPURINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	MERCAPTOPURINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	MERCAPTOPURINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	MERCAPTOPURINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
7.	MERCAPTOPURINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	MERCAPTOPURINUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	MERCAPTOPURINUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	MERCAPTOPURINUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	MERCAPTOPURINUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	MERCAPTOPURINUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	MERCAPTOPURINUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	MERCAPTOPURINUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	MERCAPTOPURINUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	MERCAPTOPURINUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	MERCAPTOPURINUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	MERCAPTOPURINUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	MERCAPTOPURINUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	MERCAPTOPURINUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	MERCAPTOPURINUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	MERCAPTOPURINUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	MERCAPTOPURINUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
24.	MERCAPTOPURINUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	MERCAPTOPURINUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	MERCAPTOPURINUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	MERCAPTOPURINUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
28.	MERCAPTOPURINUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	MERCAPTOPURINUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	MERCAPTOPURINUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	MERCAPTOPURINUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	MERCAPTOPURINUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	MERCAPTOPURINUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	MERCAPTOPURINUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	MERCAPTOPURINUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	MERCAPTOPURINUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	MERCAPTOPURINUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
38.	MERCAPTOPURINUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
39.	MERCAPTOPURINUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
40.	MERCAPTOPURINUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
41.	MERCAPTOPURINUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
42.	MERCAPTOPURINUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
43.	MERCAPTOPURINUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
44.	MERCAPTOPURINUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
45.	MERCAPTOPURINUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	MERCAPTOPURINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
47.	MERCAPTOPURINUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
48.	MERCAPTOPURINUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
49.	MERCAPTOPURINUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
50.	MERCAPTOPURINUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
51.	MERCAPTOPURINUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
52.	MERCAPTOPURINUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
53.	MERCAPTOPURINUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
54.	MERCAPTOPURINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
55.	MERCAPTOPURINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
56.	MERCAPTOPURINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
57.	MERCAPTOPURINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
58.	MERCAPTOPURINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
59.	MERCAPTOPURINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
60.	MERCAPTOPURINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
61.	MERCAPTOPURINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
62.	MERCAPTOPURINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
63.	MERCAPTOPURINUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
64.	MERCAPTOPURINUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
65.	MERCAPTOPURINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
66.	MERCAPTOPURINUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
67.	MERCAPTOPURINUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
68.	MERCAPTOPURINUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
69.	MERCAPTOPURINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
70.	MERCAPTOPURINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
71.	MERCAPTOPURINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
72.	MERCAPTOPURINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
73.	MERCAPTOPURINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
74.	MERCAPTOPURINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
75.	MERCAPTOPURINUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
76.	MERCAPTOPURINUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
77.	MERCAPTOPURINUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
78.	MERCAPTOPURINUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
79.	MERCAPTOPURINUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
80.	MERCAPTOPURINUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
81.	MERCAPTOPURINUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
82.	MERCAPTOPURINUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
83.	MERCAPTOPURINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
84.	MERCAPTOPURINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
85.	MERCAPTOPURINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
86.	MERCAPTOPURINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
87.	MERCAPTOPURINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
88.	MERCAPTOPURINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
89.	MERCAPTOPURINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
90.	MERCAPTOPURINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
91.	MERCAPTOPURINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
92.	MERCAPTOPURINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
93.	MERCAPTOPURINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW
94.	MERCAPTOPURINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BŁASTÓW Z TRANSFORMACJĄ
95.	MERCAPTOPURINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
96.	MERCAPTOPURINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
97.	MERCAPTOPURINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
98.	MERCAPTOPURINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
99.	MERCAPTOPURINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
100.	MERCAPTOPURINUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
101.	MERCAPTOPURINUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
102.	MERCAPTOPURINUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
103.	MERCAPTOPURINUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
104.	MERCAPTOPURINUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
105.	MERCAPTOPURINUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
106.	MERCAPTOPURINUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASY SKROBIAWATYCH
107.	MERCAPTOPURINUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
108.	MERCAPTOPURINUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.41.

## METHOTREXATUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MEIHO TREXATUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	MEIHO TREXATUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	MEIHO TREXATUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	MEIHO TREXATUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	MEIHO TREXATUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	MEIHO TREXATUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	MEIHO TREXATUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	MEIHO TREXATUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	MEIHO TREXATUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	MEIHO TREXATUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	MEIHO TREXATUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	MEIHO TREXATUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	MEIHO TREXATUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	MEIHO TREXATUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	MEIHO TREXATUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	MEIHO TREXATUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	MEIHO TREXATUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	MEIHO TREXATUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	MEIHO TREXATUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	MEIHO TREXATUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
21.	MEIHO TREXATUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	MEIHO TREXATUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	MEIHO TREXATUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	MEIHO TREXATUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	MEIHO TREXATUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	MEIHO TREXATUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	MEIHO TREXATUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	MEIHO TREXATUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	MEIHO TREXATUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	MEIHO TREXATUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	MEIHO TREXATUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	MEIHO TREXATUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	MEIHO TREXATUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	MEIHO TREXATUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	MEIHO TREXATUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	MEIHO TREXATUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	MEIHO TREXATUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	MEIHO TREXATUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	MEIHO TREXATUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	MEIHO TREXATUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	MEIHO TREXATUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	MEIHO TREXATUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	MEIHO TREXATUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	MEIHO TREXATUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	MEIHO TREXATUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
46.	MEIHO TREXATUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	MEIHO TREXATUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	MEIHO TREXATUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	MEIHO TREXATUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	MEIHO TREXATUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	MEIHO TREXATUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	MEIHO TREXATUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	MEIHO TREXATUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	MEIHO TREXATUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	MEIHO TREXATUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	MEIHO TREXATUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	MEIHO TREXATUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	MEIHO TREXATUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	MEIHO TREXATUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	MEIHO TREXATUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	MEIHO TREXATUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	MEIHO TREXATUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	MEIHO TREXATUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	MEIHO TREXATUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	MEIHO TREXATUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ )
66.	MEIHO TREXATUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	MEIHO TREXATUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYŁKA GRUSZKOWATEGO
68.	MEIHO TREXATUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPARYNX)
69.	MEIHO TREXATUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	MEIHO TREXATUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
71.	MEIHO TREXATUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	MEIHO TREXATUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	MEIHO TREXATUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	MEIHO TREXATUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	MEIHO TREXATUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
76.	MEIHO TREXATUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
77.	MEIHO TREXATUM	C30	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
78.	MEIHO TREXATUM	C30.0	JAMA NOSOWA
79.	MEIHO TREXATUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
80.	MEIHO TREXATUM	C31	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
81.	MEIHO TREXATUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
82.	MEIHO TREXATUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
83.	MEIHO TREXATUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
84.	MEIHO TREXATUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
85.	MEIHO TREXATUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
86.	MEIHO TREXATUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
87.	MEIHO TREXATUM	C32	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
88.	MEIHO TREXATUM	C32.0	GŁOŚNIA
89.	MEIHO TREXATUM	C32.1	NAGŁOŚNIA
90.	MEIHO TREXATUM	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
91.	MEIHO TREXATUM	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
92.	MEIHO TREXATUM	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
93.	MEIHO TREXATUM	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
94.	MEIHO TREXATUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
95.	MEIHO TREXATUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
96.	MEIHO TREXATUM	C34.1	PLĄT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
97.	MEIHO TREXATUM	C34.2	PLĄT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
98.	MEIHO TREXATUM	C34.3	PLĄT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
99.	MEIHO TREXATUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
100.	MEIHO TREXATUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
101.	MEIHO TREXATUM	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
102.	MEIHO TREXATUM	C38.0	SERCE
103.	MEIHO TREXATUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
104.	MEIHO TREXATUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
105.	MEIHO TREXATUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
106.	MEIHO TREXATUM	C38.4	OPLUCNA
107.	MEIHO TREXATUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
108.	MEIHO TREXATUM	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
109.	MEIHO TREXATUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
110.	MEIHO TREXATUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
111.	MEIHO TREXATUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
112.	MEIHO TREXATUM	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
113.	MEIHO TREXATUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
114.	MEIHO TREXATUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
115.	MEIHO TREXATUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
116.	MEIHO TREXATUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
117.	MEIHO TREXATUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
118.	MEIHO TREXATUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
119.	MEIHO TREXATUM	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
120.	MEIHO TREXATUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
121.	MEIHO TREXATUM	C41.1	ŻUCHWA
122.	MEIHO TREXATUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
123.	MEIHO TREXATUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA
124.	MEIHO TREXATUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
125.	MEIHO TREXATUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
126.	MEIHO TREXATUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
127.	MEIHO TREXATUM	C44	INNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE SKÓRY
128.	MEIHO TREXATUM	C44.0	SKÓRA WARGI
129.	MEIHO TREXATUM	C44.1	SKÓRA POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
130.	MEIHO TREXATUM	C44.2	SKÓRA UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
131.	MEIHO TREXATUM	C44.3	SKÓRA INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
132.	MEIHO TREXATUM	C44.4	SKÓRA OWŁOSIONA GŁOWY I SZYI
133.	MEIHO TREXATUM	C44.5	SKÓRA TUŁOWIA
134.	MEIHO TREXATUM	C44.6	SKÓRA KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
135.	MEIHO TREXATUM	C44.7	SKÓRA KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
136.	MEIHO TREXATUM	C44.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE OKREŚLONE KODAMI
137.	MEIHO TREXATUM	C44.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
138.	MEIHO TREXATUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
139.	MEIHO TREXATUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
140.	MEIHO TREXATUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
141.	MEIHO TREXATUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
142.	MEIHO TREXATUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
143.	MEIHO TREXATUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
144.	MEIHO TREXATUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
145.	MEIHO TREXATUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
146.	MEIHO TREXATUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
147.	MEIHO TREXATUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
148.	MEIHO TREXATUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
149.	MEIHO TREXATUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
150.	MEIHO TREXATUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
151.	MEIHO TREXATUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
152.	MEIHO TREXATUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
153.	MEIHO TREXATUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
154.	MEIHO TREXATUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
155.	MEIHO TREXATUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
156.	MEIHO TREXATUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
157.	MEIHO TREXATUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
158.	MEIHO TREXATUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
159.	MEIHO TREXATUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
160.	MEIHO TREXATUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
161.	MEIHO TREXATUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
162.	MEIHO TREXATUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
163.	MEIHO TREXATUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
164.	MEIHO TREXATUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
165.	MEIHO TREXATUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
166.	MEIHO TREXATUM	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
167.	MEIHO TREXATUM	C57.2	WIĘZADŁOOBŁE MACICY
168.	MEIHO TREXATUM	C57.3	PRZYMACICZA
169.	MEIHO TREXATUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
170.	MEIHO TREXATUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
171.	MEIHO TREXATUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
172.	MEIHO TREXATUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
173.	MEIHO TREXATUM	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA
174.	MEIHO TREXATUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
175.	MEIHO TREXATUM	C60.0	NAPLETEK
176.	MEIHO TREXATUM	C60.1	ŻOŁĄDŹ PRĄCIA
177.	MEIHO TREXATUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
178.	MEIHO TREXATUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
179.	MEIHO TREXATUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
180.	MEIHO TREXATUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
181.	MEIHO TREXATUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
182.	MEIHO TREXATUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
183.	MEIHO TREXATUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
184.	MEIHO TREXATUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
185.	MEIHO TREXATUM	C63.0	NAJĄDRZE
186.	MEIHO TREXATUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
187.	MEIHO TREXATUM	C63.2	MOSZNA
188.	MEIHO TREXATUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
189.	MEIHO TREXATUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
190.	MEIHO TREXATUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
191.	MEIHO TREXATUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
192.	MEIHO TREXATUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
193.	MEIHO TREXATUM	C67.0	T RÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
194.	MEIHO TREXATUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
195.	MEIHO TREXATUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
196.	MEIHO TREXATUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
197.	MEIHO TREXATUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
198.	MEIHO TREXATUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
199.	MEIHO TREXATUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
200.	MEIHO TREXATUM	C67.7	MOCZOWNIK
201.	MEIHO TREXATUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
202.	MEIHO TREXATUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
203.	MEIHO TREXATUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
204.	MEIHO TREXATUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
205.	MEIHO TREXATUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
206.	MEIHO TREXATUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
207.	MEIHO TREXATUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
208.	MEIHO TREXATUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
209.	MEIHO TREXATUM	C71.6	MÓZDŻEK
210.	MEIHO TREXATUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
211.	MEIHO TREXATUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
212.	MEIHO TREXATUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
213.	MEIHO TREXATUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
214.	MEIHO TREXATUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
215.	MEIHO TREXATUM	C72.1	OGON KOŃSKI
216.	MEIHO TREXATUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
217.	MEIHO TREXATUM	C72.3	NERW WZROKOWY
218.	MEIHO TREXATUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
219.	MEIHO TREXATUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
220.	MEIHO TREXATUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
221.	MEIHO TREXATUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
222.	MEIHO TREXATUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIENIŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
223.	MEIHO TREXATUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
224.	MEIHO TREXATUM	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
225.	MEIHO TREXATUM	C76.2	BRZUCH
226.	MEIHO TREXATUM	C76.3	MIEDNICA
227.	MEIHO TREXATUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
228.	MEIHO TREXATUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
229.	MEIHO TREXATUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
230.	MEIHO TREXATUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIENIŃ
231.	MEIHO TREXATUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIENIŃ
232.	MEIHO TREXATUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
233.	MEIHO TREXATUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
234.	MEIHO TREXATUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
235.	MEIHO TREXATUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
236.	MEIHO TREXATUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
237.	MEIHO TREXATUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
238.	MEIHO TREXATUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
239.	MEIHO TREXATUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
240.	MEIHO TREXATUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIENIŃ
241.	MEIHO TREXATUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
242.	MEIHO TREXATUM	C81	CHOROBA HODGKINA
243.	MEIHO TREXATUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
244.	MEIHO TREXATUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
245.	MEIHO TREXATUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
246.	MEIHO TREXATUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
247.	MEIHO TREXATUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
248.	MEIHO TREXATUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
249.	MEIHO TREXATUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
250.	MEIHO TREXATUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
251.	MEIHO TREXATUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
252.	MEIHO TREXATUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
253.	MEIHO TREXATUM	C82.7	INNE POST ACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
254.	MEIHO TREXATUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
255.	MEIHO TREXATUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
256.	MEIHO TREXATUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
257.	MEIHO TREXATUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
258.	MEIHO TREXATUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
259.	MEIHO TREXATUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
260.	MEIHO TREXATUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
261.	MEIHO TREXATUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
262.	MEIHO TREXATUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
263.	MEIHO TREXATUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
264.	MEIHO TREXATUM	C83.8	INNE POST ACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
265.	MEIHO TREXATUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
266.	MEIHO TREXATUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
267.	MEIHO TREXATUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
268.	MEIHO TREXATUM	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
269.	MEIHO TREXATUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
270.	MEIHO TREXATUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
271.	MEIHO TREXATUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
272.	MEIHO TREXATUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
273.	MEIHO TREXATUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
274.	MEIHO TREXATUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
275.	MEIHO TREXATUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
276.	MEIHO TREXATUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
277.	MEIHO TREXATUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
278.	MEIHO TREXATUM	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
279.	MEIHO TREXATUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
280.	MEIHO TREXATUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
281.	MEIHO TREXATUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
282.	MEIHO TREXATUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
283.	MEIHO TREXATUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
284.	MEIHO TREXATUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
285.	MEIHO TREXATUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNA KOMÓRKOWA
286.	MEIHO TREXATUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
287.	MEIHO TREXATUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
288.	MEIHO TREXATUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
289.	MEIHO TREXATUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
290.	MEIHO TREXATUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
291.	MEIHO TREXATUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
292.	MEIHO TREXATUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
293.	MEIHO TREXATUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
294.	MEIHO TREXATUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
295.	MEIHO TREXATUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
296.	MEIHO TREXATUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
297.	MEIHO TREXATUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
298.	MEIHO TREXATUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
299.	MEIHO TREXATUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
300.	MEIHO TREXATUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
301.	MEIHO TREXATUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
302.	MEIHO TREXATUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
303.	MEIHO TREXATUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
304.	MEIHO TREXATUM	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
305.	MEIHO TREXATUM	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
306.	MEIHO TREXATUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
307.	MEIHO TREXATUM	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
308.	MEIHO TREXATUM	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
309.	MEIHO TREXATUM	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
310.	MEIHO TREXATUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
311.	MEIHO TREXATUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
312.	MEIHO TREXATUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
313.	MEIHO TREXATUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
314.	MEIHO TREXATUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
315.	MEIHO TREXATUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
316.	MEIHO TREXATUM	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
317.	MEIHO TREXATUM	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
318.	MEIHO TREXATUM	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
319.	MEIHO TREXATUM	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
320.	MEIHO TREXATUM	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
321.	MEIHO TREXATUM	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
322.	MEIHO TREXATUM	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
323.	MEIHO TREXATUM	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
324.	MEIHO TREXATUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
325.	MEIHO TREXATUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
326.	MEIHO TREXATUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
327.	MEIHO TREXATUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
328.	MEIHO TREXATUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
329.	MEIHO TREXATUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
330.	MEIHO TREXATUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
331.	MEIHO TREXATUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
332.	MEIHO TREXATUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
333.	MEIHO TREXATUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
334.	MEIHO TREXATUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
335.	MEIHO TREXATUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
336.	MEIHO TREXATUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
337.	MEIHO TREXATUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
338.	MEIHO TREXATUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
339.	MEIHO TREXATUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
340.	MEIHO TREXATUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
341.	MEIHO TREXATUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
342.	MEIHO TREXATUM	D38.4	GRASICA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
343.	MEIHO TREXATUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
344.	MEIHO TREXATUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
345.	MEIHO TREXATUM	D39	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
346.	MEIHO TREXATUM	D39.0	MACICA
347.	MEIHO TREXATUM	D39.1	JAJNIK
348.	MEIHO TREXATUM	D39.2	CIAŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA
349.	MEIHO TREXATUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
350.	MEIHO TREXATUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
351.	MEIHO TREXATUM	D40	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
352.	MEIHO TREXATUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
353.	MEIHO TREXATUM	D40.1	JĄDRO
354.	MEIHO TREXATUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
355.	MEIHO TREXATUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
356.	MEIHO TREXATUM	D42	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
357.	MEIHO TREXATUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
358.	MEIHO TREXATUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
359.	MEIHO TREXATUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
360.	MEIHO TREXATUM	D43	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
361.	MEIHO TREXATUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
362.	MEIHO TREXATUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
363.	MEIHO TREXATUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
364.	MEIHO TREXATUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
365.	MEIHO TREXATUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
366.	MEIHO TREXATUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
367.	MEIHO TREXATUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
368.	MEIHO TREXATUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
369.	MEIHO TREXATUM	D44.5	SZYSZYNKI
370.	MEIHO TREXATUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
371.	MEIHO TREXATUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
372.	MEIHO TREXATUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW
373.	MEIHO TREXATUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI
374.	MEIHO TREXATUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BIAŁYCH KREWICZY
375.	MEIHO TREXATUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BIAŁYCH KREWICZY Z TRANSFORMACJĄ
376.	MEIHO TREXATUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA
377.	MEIHO TREXATUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE
378.	MEIHO TREXATUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY
379.	MEIHO TREXATUM	D48	NOWOTWORZY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
380.	MEIHO TREXATUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
381.	MEIHO TREXATUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
382.	MEIHO TREXATUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
383.	MEIHO TREXATUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
384.	MEIHO TREXATUM	D48.4	OTRZEWNA
385.	MEIHO TREXATUM	D48.5	SKÓRA
386.	MEIHO TREXATUM	D48.6	SUTEK
387.	MEIHO TREXATUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
388.	MEIHO TREXATUM	D48.9	NOWOTWORZY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
389.	MEIHO TREXATUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
390.	MEIHO TREXATUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
391.	MEIHO TREXATUM	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTOWY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
392.	MEIHO TREXATUM	O01	ZAŚNIAD GRONIASTY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
393.	MEIHO TREXATUM	O01.0	KLASYCZNY ZAŚNIAD GRONIASTY
394.	MEIHO TREXATUM	O01.1	NIEZUPEŁNY LUB CZĘŚCIOWY ZAŚNIAD GRONIASTY
395.	MEIHO TREXATUM	O01.9	ZAŚNIAD GRONIASTY NIEOKREŚLONY
396.	MEIHO TREXATUM	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
397.	MEIHO TREXATUM	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
398.	MEIHO TREXATUM	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
399.	MEIHO TREXATUM	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
400.	MEIHO TREXATUM	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
401.	MEIHO TREXATUM	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIAWATYCH
402.	MEIHO TREXATUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
403.	MEIHO TREXATUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.42.

## MITOMYCINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MITOMYCINUM	C15	NOWOTWORZŁOŚLIWY PRZELYKU
2.	MITOMYCINUM	C15.0	SZYJNA CZĘŚĆ PRZELYKU
3.	MITOMYCINUM	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZELYKU
4.	MITOMYCINUM	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZELYKU
5.	MITOMYCINUM	C15.3	GÓRNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
6.	MITOMYCINUM	C15.4	SRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
7.	MITOMYCINUM	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZELYKU
8.	MITOMYCINUM	C15.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZELYKU
9.	MITOMYCINUM	C15.9	PRZELYK, NIEOKREŚLONY
10.	MITOMYCINUM	C16	NOWOTWORZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
11.	MITOMYCINUM	C16.0	WPUST
12.	MITOMYCINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
13.	MITOMYCINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
14.	MITOMYCINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
15.	MITOMYCINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
16.	MITOMYCINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
17.	MITOMYCINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
18.	MITOMYCINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
19.	MITOMYCINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
20.	MITOMYCINUM	C17	NOWOTWORZŁOŚLIWY JELITACIENKIEGO
21.	MITOMYCINUM	C17.0	DWUNASTNICA
22.	MITOMYCINUM	C17.1	JELITOCZCZE
23.	MITOMYCINUM	C17.2	JELITOKRĘTE
24.	MITOMYCINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
25.	MITOMYCINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITACIENKIEGO
26.	MITOMYCINUM	C17.9	JELITOCIENKIE, NIEOKREŚLONE
27.	MITOMYCINUM	C18	NOWOTWORZŁOŚLIWY JELITAGRUBEGO
28.	MITOMYCINUM	C18.0	JELITOSLEPE

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
29.	MITO MYCINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
30.	MITO MYCINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
31.	MITO MYCINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
32.	MITO MYCINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
33.	MITO MYCINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
34.	MITO MYCINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
35.	MITO MYCINUM	C18.7	ESICA
36.	MITO MYCINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
37.	MITO MYCINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
38.	MITO MYCINUM	C19	NOWOTWORZŁOSLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
39.	MITO MYCINUM	C20	NOWOTWORZŁOSLIWY ODBYTNY
40.	MITO MYCINUM	C21	NOWOTWORZŁOSLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
41.	MITO MYCINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
42.	MITO MYCINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
43.	MITO MYCINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
44.	MITO MYCINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
45.	MITO MYCINUM	C22	NOWOTWORZŁOSLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻOŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
46.	MITO MYCINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
47.	MITO MYCINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻOŁCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
48.	MITO MYCINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
49.	MITO MYCINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
50.	MITO MYCINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
51.	MITO MYCINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
52.	MITO MYCINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
53.	MITO MYCINUM	C23	NOWOTWORZŁOSLIWY PĘCZERZYKA ŻOŁCIOWEGO
54.	MITO MYCINUM	C24	NOWOTWORZŁOSLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DROG ŻOŁCIOWYCH
55.	MITO MYCINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻOŁCIOWE
56.	MITO MYCINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
57.	MITO MYCINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻOŁCIOWYCH
58.	MITO MYCINUM	C24.9	DROGI ŻOŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
59.	MITO MYCINUM	C25	NOWOTWORZŁOSLIWY TRZUSTKI
60.	MITO MYCINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
61.	MITO MYCINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI
62.	MITO MYCINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
63.	MITO MYCINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
64.	MITO MYCINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
65.	MITO MYCINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
66.	MITO MYCINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
67.	MITO MYCINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
68.	MITO MYCINUM	C26	NOWOTWORZŁOSLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
69.	MITO MYCINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
70.	MITO MYCINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
71.	MITO MYCINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
72.	MITO MYCINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
73.	MITO MYCINUM	C34	NOWOTWORZŁOSLIWY OSKRZELA I PŁUCA
74.	MITO MYCINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
75.	MITO MYCINUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
76.	MITO MYCINUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
77.	MITO MYCINUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
78.	MITO MYCINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
79.	MITO MYCINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
80.	MITO MYCINUM	C43	CZERNIAK ZŁOSLIWY SKÓRY
81.	MITO MYCINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOSLIWY WARGI
82.	MITO MYCINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOSLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
83.	MITO MYCINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOSLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
84.	MITO MYCINUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOSLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
85.	MITO MYCINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOSLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
86.	MITO MYCINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOSLIWY TUŁOWIA
87.	MITO MYCINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOSLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
88.	MITO MYCINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOSLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
89.	MITO MYCINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOSLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
90.	MITO MYCINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOSLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
91.	MITO MYCINUM	C50	NOWOTWORZŁOSLIWY SUTKA
92.	MITO MYCINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
93.	MITO MYCINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
94.	MITO MYCINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
95.	MITO MYCINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
96.	MITO MYCINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
97.	MITO MYCINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
98.	MITO MYCINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
99.	MITO MYCINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
100.	MITO MYCINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
101.	MITO MYCINUM	C51	RAK SROMU
102.	MITO MYCINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
103.	MITO MYCINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
104.	MITO MYCINUM	C51.2	ŁECHTACZKA
105.	MITO MYCINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
106.	MITO MYCINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
107.	MITO MYCINUM	C53	NOWOTWOR ZŁOSLIWY SZYJKI MACICY
108.	MITO MYCINUM	C53.0	BLONA SLUZOWA SZYJKI MACICY
109.	MITO MYCINUM	C53.1	BLONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
110.	MITO MYCINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
111.	MITO MYCINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
112.	MITO MYCINUM	C55	NOWOTWOR ZŁOSLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
113.	MITO MYCINUM	C67	NOWOTWOR ZŁOSLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
114.	MITO MYCINUM	C67.0	TROJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
115.	MITO MYCINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
116.	MITO MYCINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
117.	MITO MYCINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
118.	MITO MYCINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
119.	MITO MYCINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
120.	MITO MYCINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
121.	MITO MYCINUM	C67.7	MOCZOWNIK
122.	MITO MYCINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
123.	MITO MYCINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.43.

## MITOTANUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	MITO TANUM	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
2.	MITO TANUM	C74.0	KORA NADNERCZY
3.	MITO TANUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
4.	MITO TANUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
5.	MITO TANUM	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
6.	MITO TANUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
7.	MITO TANUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
8.	MITO TANUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
9.	MITO TANUM	C75.3	SZYSZYŃKA
10.	MITO TANUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
11.	MITO TANUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
12.	MITO TANUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
13.	MITO TANUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.45.a.

## OCTREOTIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OCTREOTIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	OCTREOTIDUM	C16.0	WPUST
3.	OCTREOTIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	OCTREOTIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	OCTREOTIDUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	OCTREOTIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	OCTREOTIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	OCTREOTIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	OCTREOTIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	OCTREOTIDUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	OCTREOTIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	OCTREOTIDUM	C17.0	DWUNASTNICA
13.	OCTREOTIDUM	C17.1	JELITO CZCZE
14.	OCTREOTIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	OCTREOTIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
16.	OCTREOTIDUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	OCTREOTIDUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	OCTREOTIDUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	OCTREOTIDUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	OCTREOTIDUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
21.	OCTREOTIDUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	OCTREOTIDUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	OCTREOTIDUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
24.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C18.7	ESICA
27.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
32.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
33.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.1	TRZON TRZUSTKI
34.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.2	OGON TRZUSTKI
35.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
36.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
37.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
38.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
39.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
40.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
41.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
42.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C26.1	ŚLEDZIONA
43.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
44.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
45.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
46.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
47.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
48.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
49.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
50.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
51.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
52.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
53.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY
54.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
55.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
56.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C75.3	SZYSZYNKA
57.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
58.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
59.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
60.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
61.	<b>OCTREOTIDUM</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
62.	<b>OCTREOTIDUM</b>	E34.0	ZESPÓŁ RAKOWIAKA
63.	<b>OCTREOTIDUM</b>	E34.1	INNE NADMIERNE WYDZIELANIE HORMONÓW POCHODZENIA JELITOWEGO
64.	<b>OCTREOTIDUM</b>	E34.2	EKTPOWE WYDZIELANIE HORMONÓW, GDZIE INDZIEJ NIESKLASYFIKOWANE
65.	<b>OCTREOTIDUM</b>	E34.8	INNE OKREŚLONE ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE <i>z wyłączeniem zaburzeń czynności szyszynki i progerii</i>
66.	<b>OCTREOTIDUM</b>	E34.9	ZABURZENIA WEWNĄTRZWYDZIELNICZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.45.b.

**OCTREOTIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>OCTREOTIDUM</b>	D44.3	PRZYSADKA (NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO) w przypadku guzów typu tyreotropinoma (w przypadkach innych niż określone w ChPL) oraz kortykotropinoma

Załącznik C.46.

## OXALIPLATINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	OXALIPLATINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
2.	OXALIPLATINUM	C16.0	WPUST
3.	OXALIPLATINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
4.	OXALIPLATINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
5.	OXALIPLATINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
6.	OXALIPLATINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
7.	OXALIPLATINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
8.	OXALIPLATINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
9.	OXALIPLATINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
10.	OXALIPLATINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
11.	OXALIPLATINUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
12.	OXALIPLATINUM	C17.0	DWUNASTNICA
13.	OXALIPLATINUM	C17.1	JELITO CZCZE
14.	OXALIPLATINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
15.	OXALIPLATINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
16.	OXALIPLATINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
17.	OXALIPLATINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
18.	OXALIPLATINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
19.	OXALIPLATINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
20.	OXALIPLATINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
21.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
22.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
23.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
24.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
25.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
26.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.7	ESICA
27.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
28.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
29.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
30.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
31.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
32.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
33.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C21.1	KANAŁ ODBYTU
34.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
35.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
36.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
37.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
38.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.1	TRZON TRZUSTKI
39.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.2	OGON TRZUSTKI
40.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
41.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
42.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
43.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
44.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
45.	<b>O XALIPLATINUM</b>	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
46.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
47.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
48.	<b>OXALIPLATINUM</b>	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.47.

## PACLITAXELUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PACLITAXELUM	C00	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WARGI
2.	PACLITAXELUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	PACLITAXELUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	PACLITAXELUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	PACLITAXELUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	PACLITAXELUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	PACLITAXELUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	PACLITAXELUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	PACLITAXELUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	PACLITAXELUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	PACLITAXELUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	PACLITAXELUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	PACLITAXELUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	PACLITAXELUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	PACLITAXELUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	PACLITAXELUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	PACLITAXELUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	PACLITAXELUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	PACLITAXELUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
20.	PACLITAXELUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	PACLITAXELUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	PACLITAXELUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	PACLITAXELUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	PACLITAXELUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	PACLITAXELUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	PACLITAXELUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	PACLITAXELUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	PACLITAXELUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	PACLITAXELUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	PACLITAXELUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	PACLITAXELUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	PACLITAXELUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	PACLITAXELUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	PACLITAXELUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	PACLITAXELUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	PACLITAXELUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	PACLITAXELUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	PACLITAXELUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	PACLITAXELUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	PACLITAXELUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	PACLITAXELUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	PACLITAXELUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
43.	<b>PACLITAXELUM</b>	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	<b>PACLITAXELUM</b>	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	<b>PACLITAXELUM</b>	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	<b>PACLITAXELUM</b>	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	<b>PACLITAXELUM</b>	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	<b>PACLITAXELUM</b>	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	<b>PACLITAXELUM</b>	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	<b>PACLITAXELUM</b>	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	<b>PACLITAXELUM</b>	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	<b>PACLITAXELUM</b>	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	<b>PACLITAXELUM</b>	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	<b>PACLITAXELUM</b>	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	<b>PACLITAXELUM</b>	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	<b>PACLITAXELUM</b>	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	<b>PACLITAXELUM</b>	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	<b>PACLITAXELUM</b>	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	<b>PACLITAXELUM</b>	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	<b>PACLITAXELUM</b>	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	<b>PACLITAXELUM</b>	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	<b>PACLITAXELUM</b>	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	<b>PACLITAXELUM</b>	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	<b>PACLITAXELUM</b>	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	<b>PACLITAXELUM</b>	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (PATRZ )
66.	<b>PACLITAXELUM</b>	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
67.	<b>PACLITAXELUM</b>	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZACHYLKA GRUSZKOWATEGO
68.	<b>PACLITAXELUM</b>	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	<b>PACLITAXELUM</b>	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	<b>PACLITAXELUM</b>	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	<b>PACLITAXELUM</b>	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	<b>PACLITAXELUM</b>	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	<b>PACLITAXELUM</b>	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	<b>PACLITAXELUM</b>	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	<b>PACLITAXELUM</b>	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	<b>PACLITAXELUM</b>	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	<b>PACLITAXELUM</b>	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	<b>PACLITAXELUM</b>	C15.1	PIERSIOWA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU <i>w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego</i>
79.	<b>PACLITAXELUM</b>	C15.2	BRZUSZNA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU <i>w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego</i>
80.	<b>PACLITAXELUM</b>	C15.4	SRODKOWA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU <i>w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego</i>
81.	<b>PACLITAXELUM</b>	C15.5	DOLNA TRZECIA CZĘŚĆ PRZĘŁYKU <i>w leczeniu miejscowo zaawansowanego płaskonabłonkowego raka przełyku w przypadku kojarzenia chemioterapii (paklitaksel i karboplatyna) z napromienianiem podczas wstępnego leczenia przed postępowaniem radykalnym z udziałem leczenia chirurgicznego</i>
82.	<b>PACLITAXELUM</b>	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i>

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
83.	<b>PACLITAXELUM</b>	C16.0	WPUST <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i>
84.	<b>PACLITAXELUM</b>	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i>
85.	<b>PACLITAXELUM</b>	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i>
86.	<b>PACLITAXELUM</b>	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i>
87.	<b>PACLITAXELUM</b>	C16.4	ODŹWIERNIK <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i>
88.	<b>PACLITAXELUM</b>	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i>
89.	<b>PACLITAXELUM</b>	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i>
90.	<b>PACLITAXELUM</b>	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i>
91.	<b>PACLITAXELUM</b>	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku zaawansowanego raka żołądka w drugiej linii leczenia</i>
92.	<b>PACLITAXELUM</b>	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
93.	<b>PACLITAXELUM</b>	C30.0	JAMA NOSOWA
94.	<b>PACLITAXELUM</b>	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
95.	<b>PACLITAXELUM</b>	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
96.	<b>PACLITAXELUM</b>	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
97.	<b>PACLITAXELUM</b>	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
98.	<b>PACLITAXELUM</b>	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
99.	<b>PACLITAXELUM</b>	C31.3	ZATOKA KLINOWA
100.	<b>PACLITAXELUM</b>	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOŚOWYCH
101.	<b>PACLITAXELUM</b>	C31.9	ZATOKA PRZYNOŚOWA, NIEOKREŚLONA
102.	<b>PACLITAXELUM</b>	C32	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KRTANI
103.	<b>PACLITAXELUM</b>	C32.0	GŁOŚNIA
104.	<b>PACLITAXELUM</b>	C32.1	NAGŁOŚNIA
105.	<b>PACLITAXELUM</b>	C32.2	JAMA PODGŁOŚNIOWA
106.	<b>PACLITAXELUM</b>	C32.3	CHRZĄSTKI KRTANI
107.	<b>PACLITAXELUM</b>	C32.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KRTANI
108.	<b>PACLITAXELUM</b>	C32.9	KRTAŃ, NIEOKREŚLONA
109.	<b>PACLITAXELUM</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
110.	<b>PACLITAXELUM</b>	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
111.	<b>PACLITAXELUM</b>	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
112.	<b>PACLITAXELUM</b>	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
113.	<b>PACLITAXELUM</b>	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
114.	<b>PACLITAXELUM</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
115.	<b>PACLITAXELUM</b>	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
116.	<b>PACLITAXELUM</b>	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
117.	<b>PACLITAXELUM</b>	C38.0	SERCE
118.	<b>PACLITAXELUM</b>	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
119.	<b>PACLITAXELUM</b>	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
120.	<b>PACLITAXELUM</b>	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
121.	<b>PACLITAXELUM</b>	C38.4	OPŁUCNA
122.	<b>PACLITAXELUM</b>	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
123.	<b>PACLITAXELUM</b>	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
124.	<b>PACLITAXELUM</b>	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
125.	<b>PACLITAXELUM</b>	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
126.	<b>PACLITAXELUM</b>	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
127.	<b>PACLITAXELUM</b>	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
128.	<b>PACLITAXELUM</b>	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
129.	<b>PACLITAXELUM</b>	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
130.	<b>PACLITAXELUM</b>	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
131.	<b>PACLITAXELUM</b>	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
132.	<b>PACLITAXELUM</b>	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
133.	<b>PACLITAXELUM</b>	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
134.	<b>PACLITAXELUM</b>	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
135.	<b>PACLITAXELUM</b>	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
136.	<b>PACLITAXELUM</b>	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
137.	<b>PACLITAXELUM</b>	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
138.	<b>PACLITAXELUM</b>	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
139.	<b>PACLITAXELUM</b>	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
140.	<b>PACLITAXELUM</b>	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
141.	<b>PACLITAXELUM</b>	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
142.	<b>PACLITAXELUM</b>	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
143.	<b>PACLITAXELUM</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
144.	<b>PACLITAXELUM</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
145.	<b>PACLITAXELUM</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
146.	<b>PACLITAXELUM</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
147.	<b>PACLITAXELUM</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
148.	<b>PACLITAXELUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
149.	<b>PACLITAXELUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
150.	<b>PACLITAXELUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
151.	<b>PACLITAXELUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
152.	<b>PACLITAXELUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
153.	<b>PACLITAXELUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
154.	<b>PACLITAXELUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
155.	<b>PACLITAXELUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
156.	<b>PACLITAXELUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
157.	<b>PACLITAXELUM</b>	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
158.	<b>PACLITAXELUM</b>	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
159.	<b>PACLITAXELUM</b>	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
160.	<b>PACLITAXELUM</b>	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
161.	<b>PACLITAXELUM</b>	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
162.	<b>PACLITAXELUM</b>	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
163.	<b>PACLITAXELUM</b>	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
164.	<b>PACLITAXELUM</b>	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
165.	<b>PACLITAXELUM</b>	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
166.	<b>PACLITAXELUM</b>	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
167.	<b>PACLITAXELUM</b>	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
168.	<b>PACLITAXELUM</b>	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
169.	<b>PACLITAXELUM</b>	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
170.	<b>PACLITAXELUM</b>	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
171.	<b>PACLITAXELUM</b>	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
172.	<b>PACLITAXELUM</b>	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
173.	<b>PACLITAXELUM</b>	C54.0	CIEŚŃ MACICY
174.	<b>PACLITAXELUM</b>	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
175.	<b>PACLITAXELUM</b>	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
176.	<b>PACLITAXELUM</b>	C54.3	DNO MACICY
177.	<b>PACLITAXELUM</b>	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
178.	<b>PACLITAXELUM</b>	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
179.	<b>PACLITAXELUM</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
180.	<b>PACLITAXELUM</b>	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
181.	<b>PACLITAXELUM</b>	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
182.	<b>PACLITAXELUM</b>	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
183.	<b>PACLITAXELUM</b>	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
184.	<b>PACLITAXELUM</b>	C57.3	PRZYMATICZA
185.	<b>PACLITAXELUM</b>	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
186.	<b>PACLITAXELUM</b>	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
187.	<b>PACLITAXELUM</b>	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
188.	<b>PACLITAXELUM</b>	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
189.	<b>PACLITAXELUM</b>	C60	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i>
190.	<b>PACLITAXELUM</b>	C60.0	NAPLETEK <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo</i>

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
			<i>zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i>
191.	<b>PACLITAXELUM</b>	C60.1	<b>ŻOŁĄDŹ PRĄCIA</b> <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i>
192.	<b>PACLITAXELUM</b>	C60.2	<b>TRZON PRĄCIA</b> <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i>
193.	<b>PACLITAXELUM</b>	C60.8	<b>ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA</b> <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i>
194.	<b>PACLITAXELUM</b>	C60.9	<b>PRĄCIE, NIEOKREŚLONE</b> <i>w leczeniu wstępnym przed planowaną resekcją zmian pierwotnie nieoperacyjnych w przypadku miejscowo zaawansowanego lub uogólnionego płaskonabłonkowego raka prącia</i>
195.	<b>PACLITAXELUM</b>	C62	<b>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA</b>
196.	<b>PACLITAXELUM</b>	C62.0	<b>JĄDRO NIEZSTĄPIONE</b>
197.	<b>PACLITAXELUM</b>	C62.1	<b>JĄDRO ZSTĄPIONE</b>
198.	<b>PACLITAXELUM</b>	C62.9	<b>JĄDRO, NIEOKREŚLONE</b>
199.	<b>PACLITAXELUM</b>	C67	<b>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO</b>
200.	<b>PACLITAXELUM</b>	C67.0	<b>TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO</b>
201.	<b>PACLITAXELUM</b>	C67.1	<b>SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO</b>
202.	<b>PACLITAXELUM</b>	C67.2	<b>ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO</b>
203.	<b>PACLITAXELUM</b>	C67.3	<b>ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO</b>
204.	<b>PACLITAXELUM</b>	C67.4	<b>ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO</b>
205.	<b>PACLITAXELUM</b>	C67.5	<b>SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO</b>
206.	<b>PACLITAXELUM</b>	C67.6	<b>UJŚCIE MOCZOWODU</b>
207.	<b>PACLITAXELUM</b>	C67.7	<b>MOCZOWNIK</b>



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
208.	<b>PACLITAXELUM</b>	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO
209.	<b>PACLITAXELUM</b>	C67.9	PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
210.	<b>PACLITAXELUM</b>	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
211.	<b>PACLITAXELUM</b>	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
212.	<b>PACLITAXELUM</b>	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
213.	<b>PACLITAXELUM</b>	C76.2	BRZUCH
214.	<b>PACLITAXELUM</b>	C76.3	MIEDNICA
215.	<b>PACLITAXELUM</b>	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
216.	<b>PACLITAXELUM</b>	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
217.	<b>PACLITAXELUM</b>	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
218.	<b>PACLITAXELUM</b>	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
219.	<b>PACLITAXELUM</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
220.	<b>PACLITAXELUM</b>	D39.2	CIĄŻOWA CHOROBA TROFOBLASTYCZNA

Załącznik C.48.

## PEGASPARGASUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PEGASPARGASUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	PEGASPARGASUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	PEGASPARGASUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	PEGASPARGASUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	PEGASPARGASUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	PEGASPARGASUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	PEGASPARGASUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	PEGASPARGASUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	PEGASPARGASUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	PEGASPARGASUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	PEGASPARGASUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	PEGASPARGASUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	PEGASPARGASUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	PEGASPARGASUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	PEGASPARGASUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	PEGASPARGASUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	PEGASPARGASUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	PEGASPARGASUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
19.	PEGASPARGASUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	PEGASPARGASUM	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
21.	PEGASPARGASUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	PEGASPARGASUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	PEGASPARGASUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	PEGASPARGASUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	PEGASPARGASUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	PEGASPARGASUM	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
27.	PEGASPARGASUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	PEGASPARGASUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	PEGASPARGASUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	PEGASPARGASUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	PEGASPARGASUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
32.	PEGASPARGASUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
33.	PEGASPARGASUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
34.	PEGASPARGASUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
35.	PEGASPARGASUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
36.	PEGASPARGASUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROSŁYCH Z KOMÓREK T
37.	PEGASPARGASUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	PEGASPARGASUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
39.	PEGASPARGASUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
40.	PEGASPARGASUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
41.	PEGASPARGASUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
42.	PEGASPARGASUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
43.	PEGASPARGASUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
44.	PEGASPARGASUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
45.	PEGASPARGASUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
46.	PEGASPARGASUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	PEGASPARGASUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.49.

**PEMETREKSED**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PEMETREKSED	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA <i>w przypadku leczenia pacjentów dorosłych z rozpoznaniem:</i> 1) <i>gruczolakoraka płuca lub</i> 2) <i>wielkomórkowego raka płuca, lub</i> 3) <i>niedrobnokomórkowego raka płuca z przewagą wymienionych typów histologicznych</i>
2.	PEMETREKSED	C45	MIĘDZYBŁONIAK

Załącznik C.51.

## RITUXIMABUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	RITUXIMABUM	C81.0	CHOROBA HODGKINA, PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
2.	RITUXIMABUM	C82.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
3.	RITUXIMABUM	C82.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY) MIESZANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM I Z DUŻYCH KOMÓREK
4.	RITUXIMABUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO (GRUDKOWEGO)
5.	RITUXIMABUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY), NIEOKREŚLONY
6.	RITUXIMABUM	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK
7.	RITUXIMABUM	C83.1	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK Z WPUKLONYM JĄDREM
8.	RITUXIMABUM	C83.2	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY MIESZANY Z MAŁYCH I DUŻYCH KOMÓREK
9.	RITUXIMABUM	C83.3	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY WIELKOKOMÓRKOWY
10.	RITUXIMABUM	C83.4	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY IMMUNOBLASTYCZNY
11.	RITUXIMABUM	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY
12.	RITUXIMABUM	C83.6	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY NIEZRÓŻNICOWANY
13.	RITUXIMABUM	C83.7	GUZ BURKITTA
14.	RITUXIMABUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
15.	RITUXIMABUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
16.	RITUXIMABUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
17.	RITUXIMABUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
18.	RITUXIMABUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
19.	RITUXIMABUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
20.	RITUXIMABUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
21.	RITUXIMABUM	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

22.	<b>RITUXIMABUM</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
23.	<b>RITUXIMABUM</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
24.	<b>RITUXIMABUM</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
25.	<b>RITUXIMABUM</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
26.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
27.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
28.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
29.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
30.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
31.	<b>RITUXIMABUM</b>	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.52.

## TAMOXIFENUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TAMO XIFENUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
2.	TAMO XIFENUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
3.	TAMO XIFENUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
4.	TAMO XIFENUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
5.	TAMO XIFENUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
6.	TAMO XIFENUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
7.	TAMO XIFENUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
8.	TAMO XIFENUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	TAMO XIFENUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	TAMO XIFENUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
11.	TAMO XIFENUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
12.	TAMO XIFENUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
13.	TAMO XIFENUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
14.	TAMO XIFENUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
15.	TAMO XIFENUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
16.	TAMO XIFENUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
17.	TAMO XIFENUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
18.	TAMO XIFENUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	TAMO XIFENUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
20.	TAMO XIFENUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
21.	TAMO XIFENUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
22.	TAMO XIFENUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
23.	TAMO XIFENUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
24.	TAMO XIFENUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
25.	TAMO XIFENUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
26.	TAMO XIFENUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA
27.	TAMO XIFENUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
28.	TAMO XIFENUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
29.	TAMO XIFENUM	C50.6	CZEŚĆ PACHOWA SUTKA
30.	TAMO XIFENUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
31.	TAMO XIFENUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
32.	TAMO XIFENUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
33.	TAMO XIFENUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
34.	TAMO XIFENUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
35.	TAMO XIFENUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
36.	TAMO XIFENUM	C54.3	DNO MACICY
37.	TAMO XIFENUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
38.	TAMO XIFENUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
39.	TAMO XIFENUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
40.	TAMO XIFENUM	D03	CZERNIAK IN SITU
41.	TAMO XIFENUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
42.	TAMO XIFENUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEMOKA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
43.	TAMO XIFENUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
44.	TAMO XIFENUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
45.	TAMO XIFENUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
46.	TAMO XIFENUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
47.	TAMO XIFENUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
48.	TAMO XIFENUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
49.	TAMO XIFENUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
50.	TAMO XIFENUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
51.	TAMO XIFENUM	Q85.0	NERWIAKOWŁÓKNIAKOWATOŚĆ NIEZŁOŚLIWA
52.	TAMO XIFENUM	Q85.1	STWARDNIENIE GUZOWATE
53.	TAMO XIFENUM	Q85.8	INNE FAKOMATOZY NIE SKLASYFIKOWANE GDZIE INDZIEJ
54.	TAMO XIFENUM	Q85.9	FAKOMATOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.55.

## THIOTEPUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	THIOTEPUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
2.	THIOTEPUM	C38.0	SERCE
3.	THIOTEPUM	C38.1	ŚRÓDPIERSIE PRZEDNIE
4.	THIOTEPUM	C38.2	ŚRÓDPIERSIE TYLNE
5.	THIOTEPUM	C38.3	ŚRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
6.	THIOTEPUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
7.	THIOTEPUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
8.	THIOTEPUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
9.	THIOTEPUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
10.	THIOTEPUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
11.	THIOTEPUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
12.	THIOTEPUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
13.	THIOTEPUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
14.	THIOTEPUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
15.	THIOTEPUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
16.	THIOTEPUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
17.	THIOTEPUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
18.	THIOTEPUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
19.	<b>THIO TEPUM</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
20.	<b>THIO TEPUM</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
21.	<b>THIO TEPUM</b>	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
22.	<b>THIO TEPUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
23.	<b>THIO TEPUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
24.	<b>THIO TEPUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
25.	<b>THIO TEPUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
26.	<b>THIO TEPUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
27.	<b>THIO TEPUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
28.	<b>THIO TEPUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
29.	<b>THIO TEPUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
30.	<b>THIO TEPUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
31.	<b>THIO TEPUM</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
32.	<b>THIO TEPUM</b>	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
33.	<b>THIO TEPUM</b>	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
34.	<b>THIO TEPUM</b>	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
35.	<b>THIO TEPUM</b>	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO
36.	<b>THIO TEPUM</b>	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
37.	<b>THIO TEPUM</b>	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO
38.	<b>THIO TEPUM</b>	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO
39.	<b>THIO TEPUM</b>	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO
40.	<b>THIO TEPUM</b>	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
41.	<b>THIO TEPUM</b>	C67.7	MOCZOWNIK

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
42.	THIO TEPUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
43.	THIO TEPUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
44.	THIO TEPUM	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
45.	THIO TEPUM	C69.0	SPOJÓWKA
46.	THIO TEPUM	C69.1	ROGÓWKA
47.	THIO TEPUM	C69.2	SIATKÓWKA
48.	THIO TEPUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
49.	THIO TEPUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
50.	THIO TEPUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
51.	THIO TEPUM	C69.6	OCZODÓŁ
52.	THIO TEPUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
53.	THIO TEPUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
54.	THIO TEPUM	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
55.	THIO TEPUM	C71.0	MÓZGZ WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
56.	THIO TEPUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
57.	THIO TEPUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
58.	THIO TEPUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
59.	THIO TEPUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
60.	THIO TEPUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
61.	THIO TEPUM	C71.6	MÓZDŻEK
62.	THIO TEPUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
63.	THIO TEPUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
64.	THIO TEPUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
65.	THIO TEPUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
66.	<b>THIO TEPUM</b>	C74.9	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY (NADNERCZE NIEOKREŚLONE)
67.	<b>THIO TEPUM</b>	C81	CHOROBA HODGKINA
68.	<b>THIO TEPUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
69.	<b>THIO TEPUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
70.	<b>THIO TEPUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
71.	<b>THIO TEPUM</b>	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
72.	<b>THIO TEPUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
73.	<b>THIO TEPUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
74.	<b>THIO TEPUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
75.	<b>THIO TEPUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
76.	<b>THIO TEPUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
77.	<b>THIO TEPUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
78.	<b>THIO TEPUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
79.	<b>THIO TEPUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
80.	<b>THIO TEPUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
81.	<b>THIO TEPUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
82.	<b>THIO TEPUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
83.	<b>THIO TEPUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
84.	<b>THIO TEPUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
85.	<b>THIO TEPUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
86.	<b>THIO TEPUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
87.	<b>THIO TEPUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
88.	<b>THIO TEPUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
89.	<b>THIO TEPUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
90.	<b>THIO TEPUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
91.	<b>THIO TEPUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
92.	<b>THIO TEPUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
93.	<b>THIO TEPUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
94.	<b>THIO TEPUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
95.	<b>THIO TEPUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
96.	<b>THIO TEPUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
97.	<b>THIO TEPUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
98.	<b>THIO TEPUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
99.	<b>THIO TEPUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
100.	<b>THIO TEPUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
101.	<b>THIO TEPUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
102.	<b>THIO TEPUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY

Załącznik C.56.

## **TIOGUANINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6.	<b>TIOGUANINUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17.	<b>TIOGUANINUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18.	<b>TIOGUANINUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T



Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
21.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24.	<b>TIO GUANINUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25.	<b>TIO GUANINUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26.	<b>TIO GUANINUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27.	<b>TIO GUANINUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28.	<b>TIO GUANINUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29.	<b>TIO GUANINUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
31.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENST RÖMA
32.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA
33.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
34.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
35.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
36.	<b>TIO GUANINUM</b>	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
37.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
38.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
39.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
40.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
41.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
42.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
43.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚŁYCH Z KOMÓREK T
44.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
45.	<b>TIO GUANINUM</b>	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
46.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
47.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.0	OST RA BIAŁACZKA SZPIKOWA
48.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
49.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.2	PODOST RA BIAŁACZKA SZPIKOWA
50.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
51.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.4	OST RA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
52.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.5	OST RA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
53.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
54.	<b>TIO GUANINUM</b>	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
55.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
56.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93.0	OST RA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
57.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
58.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93.2	PODOST RA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
59.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
60.	<b>TIO GUANINUM</b>	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
61.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
62.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.0	OST RA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLAST YCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
63.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
64.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.2	OST RA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
65.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK T UCZNYCH
66.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.4	OST RA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
67.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
68.	<b>TIO GUANINUM</b>	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
69.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
70.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
71.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
72.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
73.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
74.	<b>TIO GUANINUM</b>	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
75.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
76.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
77.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
78.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
79.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
80.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
81.	<b>TIO GUANINUM</b>	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
82.	<b>TIO GUANINUM</b>	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW

Załącznik C.57.1.

**TOPOTECANUM p.o.**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
2.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
3.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
4.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
5.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
6.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
7.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
8.	<b>TOPOTECANUM doustnie</b>	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA

Załącznik C.57.2.

**TOPOTECANUM inj.**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
2.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
3.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
4.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
5.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
6.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
7.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
8.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
9.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.0	SERCE
10.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
11.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
12.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
13.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.4	OPLUCNA
14.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
15.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
16.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
17.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
18.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
19.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
20.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
21.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
22.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
23.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
24.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
25.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
26.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
27.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
28.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
29.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
30.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
31.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
32.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
33.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
34.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
35.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
36.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
37.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
38.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
39.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
40.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
41.	TOPOTECANUM wstrzyknięcie	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
42.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
43.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
44.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
45.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
46.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
47.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
48.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74.0	KORA NADNERCZY
49.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
50.	TO PO TEC ANUM wstrzyknięcie	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE

Załącznik C.58.

## TRETINOINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TRETINOINUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
2.	TRETINOINUM	C38.0	SERCE
3.	TRETINOINUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
4.	TRETINOINUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
5.	TRETINOINUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
6.	TRETINOINUM	C38.4	OPŁUCNA
7.	TRETINOINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ
8.	TRETINOINUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
9.	TRETINOINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
10.	TRETINOINUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
11.	TRETINOINUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
12.	TRETINOINUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
13.	TRETINOINUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
14.	TRETINOINUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
15.	TRETINOINUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
16.	TRETINOINUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
17.	TRETINOINUM	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
18.	TRETINOINUM	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
19.	TRETINOINUM	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
20.	TRETINOINUM	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
21.	TRETINOINUM	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
22.	TRETINOINUM	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA



23.	<b>TREINO INUM</b>	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIE NIE SZPIKU
24.	<b>TREINO INUM</b>	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA

Załącznik C.61.

## VINCRIStINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	VINCRIStINUM	C00	NOWOTWORy ZŁOŚLIWE WARGI
2.	VINCRIStINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	VINCRIStINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	VINCRIStINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	VINCRIStINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	VINCRIStINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	VINCRIStINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	VINCRIStINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	VINCRIStINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	VINCRIStINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	VINCRIStINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	VINCRIStINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	VINCRIStINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	VINCRIStINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	VINCRIStINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	VINCRIStINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	VINCRIStINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	VINCRIStINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	VINCRIStINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
20.	VINCRI STINUM	C03	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	VINCRI STINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	VINCRI STINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE
23.	VINCRI STINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	VINCRI STINUM	C04	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	VINCRI STINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	VINCRI STINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	VINCRI STINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	VINCRI STINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	VINCRI STINUM	C05	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	VINCRI STINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	VINCRI STINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	VINCRI STINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	VINCRI STINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	VINCRI STINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	VINCRI STINUM	C06	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	VINCRI STINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	VINCRI STINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	VINCRI STINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	VINCRI STINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	VINCRI STINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	VINCRI STINUM	C07	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	VINCRI STINUM	C08	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
43.	<b>VINCRI STINUM</b>	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	<b>VINCRI STINUM</b>	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	<b>VINCRI STINUM</b>	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	<b>VINCRI STINUM</b>	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	<b>VINCRI STINUM</b>	C09	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	<b>VINCRI STINUM</b>	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	<b>VINCRI STINUM</b>	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)
50.	<b>VINCRI STINUM</b>	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	<b>VINCRI STINUM</b>	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	<b>VINCRI STINUM</b>	C10	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	<b>VINCRI STINUM</b>	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	<b>VINCRI STINUM</b>	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	<b>VINCRI STINUM</b>	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	<b>VINCRI STINUM</b>	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	<b>VINCRI STINUM</b>	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	<b>VINCRI STINUM</b>	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	<b>VINCRI STINUM</b>	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	<b>VINCRI STINUM</b>	C11	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	<b>VINCRI STINUM</b>	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	<b>VINCRI STINUM</b>	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	<b>VINCRI STINUM</b>	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	<b>VINCRI STINUM</b>	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	<b>VINCRI STINUM</b>	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	<b>VINCRI STINUM</b>	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
67.	VINCRI STINUM	C12	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68.	VINCRI STINUM	C13	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	VINCRI STINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	VINCRI STINUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FAŁDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	VINCRI STINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
72.	VINCRI STINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRT ANIOWEJ GARDŁA
73.	VINCRI STINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRT ANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	VINCRI STINUM	C14	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY O INNYMI O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	VINCRI STINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM
76.	VINCRI STINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	VINCRI STINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	VINCRI STINUM	C16	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	VINCRI STINUM	C16.0	WPUST
80.	VINCRI STINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	VINCRI STINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	VINCRI STINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	VINCRI STINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	VINCRI STINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	VINCRI STINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	VINCRI STINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	VINCRI STINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	VINCRI STINUM	C17	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	VINCRI STINUM	C17.0	DWUNASTNICA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
90.	VINCRI STINUM	C17.1	JELITO CZCZE
91.	VINCRI STINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	VINCRI STINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93.	VINCRI STINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELIT A CIENKIEGO
94.	VINCRI STINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	VINCRI STINUM	C18	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JELIT A GRUBEGO
96.	VINCRI STINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	VINCRI STINUM	C18.1	WYROST EK ROBACZKOWY
98.	VINCRI STINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WST ĘPUJĄCA
99.	VINCRI STINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	VINCRI STINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	VINCRI STINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	VINCRI STINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZST ĘPUJĄCA
103.	VINCRI STINUM	C18.7	ESICA
104.	VINCRI STINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	VINCRI STINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	VINCRI STINUM	C19	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	VINCRI STINUM	C20	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYT NICY
108.	VINCRI STINUM	C21	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ODBYT U I KANAŁU ODBYT U
109.	VINCRI STINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	VINCRI STINUM	C21.1	KANAŁ ODBYT U
111.	VINCRI STINUM	C21.2	ST REFA KŁOAKOGENNA
112.	VINCRI STINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYT U I KANAŁU ODBYT U
113.	VINCRI STINUM	C22	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
114.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZ WĄTROBOWYCH
116.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C22.2	WĄTROBI AK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C23	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C24	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C24.0	ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C25	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C25.1	TRZON TRZUSTKI
130.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C26	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
137.	VINCRI STI NUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	VINCRI STI NUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	VINCRI STI NUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	VINCRI STI NUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	VINCRI STI NUM	C30	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	VINCRI STI NUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	VINCRI STI NUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	VINCRI STI NUM	C31	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	VINCRI STI NUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	VINCRI STI NUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	VINCRI STI NUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	VINCRI STI NUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	VINCRI STI NUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	VINCRI STI NUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	VINCRI STI NUM	C33	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	VINCRI STI NUM	C34	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	VINCRI STI NUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	VINCRI STI NUM	C34.1	PŁAT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	VINCRI STI NUM	C34.2	PŁAT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	VINCRI STI NUM	C34.3	PŁAT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE
157.	VINCRI STI NUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	VINCRI STI NUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	VINCRI STI NUM	C37	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	VINCRI STI NUM	C38	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPŁUCNEJ



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
161.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C38.0	SERCE
162.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C38.1	SRÓDP IERSIE PRZEDNIE
163.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C38.2	SRÓDP IERSIE TYLNE
164.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C38.3	SRÓDP IERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C38.4	OPŁUCNA
166.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDP IERSIA I OPŁUCNEJ
167.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C39	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNĘTRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C40	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C41	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C41.1	ŻUCHWA
181.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
183.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C45	MIĘDZYBŁONIAK
198.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ
199.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ
200.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA
201.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
202.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY
203.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C46	MIĘSAK KAPOSI'EGO
204.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C46.0	MIĘSAK KAPOSI'EGO SKÓRY
205.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C46.1	MIĘSAK KAPOSI'EGO TKANKI MIĘKKIEJ
206.	<b>VINCRI STI N U M</b>	C46.2	MIĘSAK KAPOSI'EGO PODNIEBIENIA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
207.	<b>VINCRI STINUM</b>	C46.3	MIĘSAK KAPOSI' EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
208.	<b>VINCRI STINUM</b>	C46.7	MIĘSAK KAPOSI' EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
209.	<b>VINCRI STINUM</b>	C46.8	MIĘSAK KAPOSI' EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
210.	<b>VINCRI STINUM</b>	C46.9	MIĘSAK KAPOSI' EGO, NIEOKREŚLONY
211.	<b>VINCRI STINUM</b>	C47	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
212.	<b>VINCRI STINUM</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
213.	<b>VINCRI STINUM</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
214.	<b>VINCRI STINUM</b>	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
215.	<b>VINCRI STINUM</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
216.	<b>VINCRI STINUM</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
217.	<b>VINCRI STINUM</b>	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
218.	<b>VINCRI STINUM</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
219.	<b>VINCRI STINUM</b>	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
220.	<b>VINCRI STINUM</b>	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
221.	<b>VINCRI STINUM</b>	C48.	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
222.	<b>VINCRI STINUM</b>	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
223.	<b>VINCRI STINUM</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
224.	<b>VINCRI STINUM</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
225.	<b>VINCRI STINUM</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
226.	<b>VINCRI STINUM</b>	C49	NOWOT WORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
227.	<b>VINCRI STINUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
228.	<b>VINCRI STINUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
229.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
230.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
231.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
232.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
233.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
234.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
235.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
236.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SUT KA
237.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.0	BRODAWKA I OT OCZKA BRODAWKI SUT KOWEJ
238.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUT KA
239.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.2	ĆWIART KA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUT KA
240.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.3	ĆWIART KA DOLNA WEWNĘTRZNA SUT KA
241.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.4	ĆWIART KA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUT KA
242.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.5	ĆWIART KA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUT KA
243.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUT KA
244.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUT KA
245.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
246.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C51	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SROMU
247.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
248.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
249.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C51.2	ŁECHT ACZKA
250.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
251.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
252.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C52	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY POCHWY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
253.	<b>VINCRI STINUM</b>	C53	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
254.	<b>VINCRI STINUM</b>	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
255.	<b>VINCRI STINUM</b>	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
256.	<b>VINCRI STINUM</b>	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SZYJKI MACICY
257.	<b>VINCRI STINUM</b>	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
258.	<b>VINCRI STINUM</b>	C54	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
259.	<b>VINCRI STINUM</b>	C54.0	CIEŚŃ MACICY
260.	<b>VINCRI STINUM</b>	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
261.	<b>VINCRI STINUM</b>	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
262.	<b>VINCRI STINUM</b>	C54.3	DNO MACICY
263.	<b>VINCRI STINUM</b>	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
264.	<b>VINCRI STINUM</b>	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
265.	<b>VINCRI STINUM</b>	C55	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
266.	<b>VINCRI STINUM</b>	C56	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
267.	<b>VINCRI STINUM</b>	C57	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
268.	<b>VINCRI STINUM</b>	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
269.	<b>VINCRI STINUM</b>	C57.1	WIĘZADŁOSZEROKIE MACICY
270.	<b>VINCRI STINUM</b>	C57.2	WIĘZADŁOOBLĘ MACICY
271.	<b>VINCRI STINUM</b>	C57.3	PRZYMAGICZA
272.	<b>VINCRI STINUM</b>	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
273.	<b>VINCRI STINUM</b>	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
274.	<b>VINCRI STINUM</b>	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
275.	<b>VINCRI STINUM</b>	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
276.	<b>VINCRI STINUM</b>	C58	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY ŁOŻYSKA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
277.	VINCRI STI NUM	C60	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PRĄCIA
278.	VINCRI STI NUM	C60.0	NAPLETEK
279.	VINCRI STI NUM	C60.1	ZOŁĄDŹ PRĄCIA
280.	VINCRI STI NUM	C60.2	TRZON PRĄCIA
281.	VINCRI STI NUM	C60.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRĄCIA
282.	VINCRI STI NUM	C60.9	PRĄCIE, NIEOKREŚLONE
283.	VINCRI STI NUM	C61	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
284.	VINCRI STI NUM	C62	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
285.	VINCRI STI NUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
286.	VINCRI STI NUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
287.	VINCRI STI NUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
288.	VINCRI STI NUM	C63	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
289.	VINCRI STI NUM	C63.0	NAJĄDRZE
290.	VINCRI STI NUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
291.	VINCRI STI NUM	C63.2	MOSZNA
292.	VINCRI STI NUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
293.	VINCRI STI NUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
294.	VINCRI STI NUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
295.	VINCRI STI NUM	C64	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
296.	VINCRI STI NUM	C65	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
297.	VINCRI STI NUM	C66	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
298.	VINCRI STI NUM	C67	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA MOCZOWEGO
299.	VINCRI STI NUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO
300.	VINCRI STI NUM	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
301.	<b>VINCRI STINUM</b>	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
302.	<b>VINCRI STINUM</b>	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
303.	<b>VINCRI STINUM</b>	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
304.	<b>VINCRI STINUM</b>	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
305.	<b>VINCRI STINUM</b>	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
306.	<b>VINCRI STINUM</b>	C67.7	MOCZOWNIK
307.	<b>VINCRI STINUM</b>	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
308.	<b>VINCRI STINUM</b>	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
309.	<b>VINCRI STINUM</b>	C68	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
310.	<b>VINCRI STINUM</b>	C68.0	CEWKA MOCZOWA
311.	<b>VINCRI STINUM</b>	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
312.	<b>VINCRI STINUM</b>	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
313.	<b>VINCRI STINUM</b>	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
314.	<b>VINCRI STINUM</b>	C69	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OKA
315.	<b>VINCRI STINUM</b>	C69.0	SPOJÓWKA
316.	<b>VINCRI STINUM</b>	C69.1	ROGÓWKA
317.	<b>VINCRI STINUM</b>	C69.2	SIATKÓWKA
318.	<b>VINCRI STINUM</b>	C69.3	NACZYNIÓWKA
319.	<b>VINCRI STINUM</b>	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
320.	<b>VINCRI STINUM</b>	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
321.	<b>VINCRI STINUM</b>	C69.6	OCZODÓŁ
322.	<b>VINCRI STINUM</b>	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
323.	<b>VINCRI STINUM</b>	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
324.	<b>VINCRI STINUM</b>	C70	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY OPON

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
325.	VINCRI STI NUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
326.	VINCRI STI NUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
327.	VINCRI STI NUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
328.	VINCRI STI NUM	C71	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU
329.	VINCRI STI NUM	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
330.	VINCRI STI NUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
331.	VINCRI STI NUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
332.	VINCRI STI NUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
333.	VINCRI STI NUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
334.	VINCRI STI NUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
335.	VINCRI STI NUM	C71.6	MÓZDŻEK
336.	VINCRI STI NUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
337.	VINCRI STI NUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
338.	VINCRI STI NUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
339.	VINCRI STI NUM	C72	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
340.	VINCRI STI NUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
341.	VINCRI STI NUM	C72.1	OGON KOŃSKI
342.	VINCRI STI NUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
343.	VINCRI STI NUM	C72.3	NERW WZROKOWY
344.	VINCRI STI NUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
345.	VINCRI STI NUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
346.	VINCRI STI NUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
347.	VINCRI STI NUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
348.	<b>VINCRI STINUM</b>	C73	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
349.	<b>VINCRI STINUM</b>	C74	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
350.	<b>VINCRI STINUM</b>	C74.0	KORA NADNERCZY
351.	<b>VINCRI STINUM</b>	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
352.	<b>VINCRI STINUM</b>	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
353.	<b>VINCRI STINUM</b>	C75	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
354.	<b>VINCRI STINUM</b>	C75.0	GRUCZOŁ PRZYT ARCZOWY
355.	<b>VINCRI STINUM</b>	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
356.	<b>VINCRI STINUM</b>	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
357.	<b>VINCRI STINUM</b>	C75.3	SZYSZYNKA
358.	<b>VINCRI STINUM</b>	C75.4	KLĘBEK SZYJNY
359.	<b>VINCRI STINUM</b>	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
360.	<b>VINCRI STINUM</b>	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
361.	<b>VINCRI STINUM</b>	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
362.	<b>VINCRI STINUM</b>	C76	NOWOT WÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
363.	<b>VINCRI STINUM</b>	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
364.	<b>VINCRI STINUM</b>	C76.1	KLATKA PIERSIOWA
365.	<b>VINCRI STINUM</b>	C76.2	BRZUCH
366.	<b>VINCRI STINUM</b>	C76.3	MIEDNICA
367.	<b>VINCRI STINUM</b>	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
368.	<b>VINCRI STINUM</b>	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
369.	<b>VINCRI STINUM</b>	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
370.	<b>VINCRI STINUM</b>	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
371.	<b>VINCRI STINUM</b>	C77	WT ÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
372.	<b>VINCRI STINUM</b>	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
373.	<b>VINCRI STINUM</b>	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNETRZA KLATKI PIERSIOWEJ
374.	<b>VINCRI STINUM</b>	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
375.	<b>VINCRI STINUM</b>	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
376.	<b>VINCRI STINUM</b>	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWINY
377.	<b>VINCRI STINUM</b>	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
378.	<b>VINCRI STINUM</b>	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
379.	<b>VINCRI STINUM</b>	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
380.	<b>VINCRI STINUM</b>	C78	WT ÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEJ I TRAWIENNEGO
381.	<b>VINCRI STINUM</b>	C78.0	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC
382.	<b>VINCRI STINUM</b>	C78.1	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
383.	<b>VINCRI STINUM</b>	C78.2	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
384.	<b>VINCRI STINUM</b>	C78.3	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
385.	<b>VINCRI STINUM</b>	C78.4	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
386.	<b>VINCRI STINUM</b>	C78.5	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
387.	<b>VINCRI STINUM</b>	C78.6	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
388.	<b>VINCRI STINUM</b>	C78.7	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
389.	<b>VINCRI STINUM</b>	C78.8	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
390.	<b>VINCRI STINUM</b>	C79	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
391.	<b>VINCRI STINUM</b>	C79.0	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
392.	<b>VINCRI STINUM</b>	C79.1	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
393.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C79.2	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
394.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C79.3	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
395.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C79.4	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
396.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C79.5	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
397.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C79.6	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
398.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C79.7	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
399.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C79.8	WT ÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
400.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
401.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C81	CHOROBA HODGKINA
402.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
403.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
404.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
405.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C81.3	ZMNIJSZENIE LIMFOCYTÓW
406.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
407.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
408.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
409.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
410.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
411.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
412.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
413.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
414.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
415.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
416.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
417.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
418.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
419.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
420.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
421.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
422.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
423.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
424.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
425.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
426.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
427.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY'EGO
428.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
429.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
430.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
431.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
432.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
433.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C85.0	MIEŚSAK LIMFATYCZNY
434.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
435.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
436.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
437.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C88	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
438.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA
439.	<b>VINCRI STI NUM</b>	C88.1	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH ALFA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
440.	VINCRI STI NUM	C88.2	CHOROBA ŁAŃCUCHÓW CIĘŻKICH GAMMA
441.	VINCRI STI NUM	C88.3	CHOROBA IMMUNOPROLIFERACYJNA JELITA CIENKIEGO
442.	VINCRI STI NUM	C88.7	INNE ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE
443.	VINCRI STI NUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
444.	VINCRI STI NUM	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH
445.	VINCRI STI NUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI
446.	VINCRI STI NUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA
447.	VINCRI STI NUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA
448.	VINCRI STI NUM	C91	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
449.	VINCRI STI NUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA
450.	VINCRI STI NUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
451.	VINCRI STI NUM	C91.2	PODOSTRA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA
452.	VINCRI STI NUM	C91.3	BIAŁACZKA PROLIMFOCYTARNA
453.	VINCRI STI NUM	C91.4	BIAŁACZKA WŁOCHATOKOMÓRKOWA (HAIRY-CELL)
454.	VINCRI STI NUM	C91.5	BIAŁACZKA DOROŚLYCH Z KOMÓREK T
455.	VINCRI STI NUM	C91.7	INNA BIAŁACZKA LIMFATYCZNA
456.	VINCRI STI NUM	C91.9	BIAŁACZKA LIMFATYCZNA, NIEOKREŚLONA
457.	VINCRI STI NUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
458.	VINCRI STI NUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
459.	VINCRI STI NUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
460.	VINCRI STI NUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
461.	VINCRI STI NUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
462.	VINCRI STI NUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
463.	VINCRI STI NUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
464.	<b>VINCRI STINUM</b>	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
465.	<b>VINCRI STINUM</b>	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA
466.	<b>VINCRI STINUM</b>	C93	BIAŁACZKA MONOCYTOWA
467.	<b>VINCRI STINUM</b>	C93.0	OSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
468.	<b>VINCRI STINUM</b>	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
469.	<b>VINCRI STINUM</b>	C93.2	PODOSTRA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
470.	<b>VINCRI STINUM</b>	C93.7	INNA BIAŁACZKA MONOCYTOWA
471.	<b>VINCRI STINUM</b>	C93.9	BIAŁACZKA MONOCYTOWA, NIEOKREŚLONA
472.	<b>VINCRI STINUM</b>	C94	INNE BIAŁACZKI OKREŚLONEGO RODZAJU
473.	<b>VINCRI STINUM</b>	C94.0	OSTRA CZERWIENICA I BIAŁACZKA ERYTROBLASTYCZNA (ERYTROLEUKEMIA)
474.	<b>VINCRI STINUM</b>	C94.1	PRZEWLEKŁA CZERWIENICA
475.	<b>VINCRI STINUM</b>	C94.2	OSTRA BIAŁACZKA MEGAKARIOBLASTYCZNA
476.	<b>VINCRI STINUM</b>	C94.3	BIAŁACZKA Z KOMÓREK TUCZNYCH
477.	<b>VINCRI STINUM</b>	C94.4	OSTRA SZPIKOWICA UOGÓLNIONA
478.	<b>VINCRI STINUM</b>	C94.5	OSTRE ZWŁÓKNIENIE SZPIKU
479.	<b>VINCRI STINUM</b>	C94.7	INNA OKREŚLONA BIAŁACZKA
480.	<b>VINCRI STINUM</b>	C95	BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
481.	<b>VINCRI STINUM</b>	C95.0	OSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
482.	<b>VINCRI STINUM</b>	C95.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
483.	<b>VINCRI STINUM</b>	C95.2	PODOSTRA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
484.	<b>VINCRI STINUM</b>	C95.7	INNA BIAŁACZKA Z KOMÓREK NIEOKREŚLONEGO RODZAJU
485.	<b>VINCRI STINUM</b>	C95.9	BIAŁACZKA, NIEOKREŚLONA
486.	<b>VINCRI STINUM</b>	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY T KANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
487.	VINCRI STI NUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
488.	VINCRI STI NUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
489.	VINCRI STI NUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
490.	VINCRI STI NUM	C96.3	PRAWDZIWIY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
491.	VINCRI STI NUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
492.	VINCRI STI NUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
493.	VINCRI STI NUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
494.	VINCRI STI NUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
495.	VINCRI STI NUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
496.	VINCRI STI NUM	D01.0	OKRĘŻNICA
497.	VINCRI STI NUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
498.	VINCRI STI NUM	D01.2	ODBYTNICA
499.	VINCRI STI NUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
500.	VINCRI STI NUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
501.	VINCRI STI NUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
502.	VINCRI STI NUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
503.	VINCRI STI NUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
504.	VINCRI STI NUM	D03	CZERNIAK IN SITU
505.	VINCRI STI NUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
506.	VINCRI STI NUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
507.	VINCRI STI NUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
508.	VINCRI STI NUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
509.	VINCRI STI NUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
510.	<b>VINCRI STINUM</b>	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
511.	<b>VINCRI STINUM</b>	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	<b>VINCRI STINUM</b>	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	<b>VINCRI STINUM</b>	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
514.	<b>VINCRI STINUM</b>	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
515.	<b>VINCRI STINUM</b>	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
516.	<b>VINCRI STINUM</b>	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
517.	<b>VINCRI STINUM</b>	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
518.	<b>VINCRI STINUM</b>	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
519.	<b>VINCRI STINUM</b>	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
520.	<b>VINCRI STINUM</b>	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
521.	<b>VINCRI STINUM</b>	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
522.	<b>VINCRI STINUM</b>	D07.1	SROM
523.	<b>VINCRI STINUM</b>	D07.2	POCHWA
524.	<b>VINCRI STINUM</b>	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
525.	<b>VINCRI STINUM</b>	D07.4	PRĄCIE
526.	<b>VINCRI STINUM</b>	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
527.	<b>VINCRI STINUM</b>	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
528.	<b>VINCRI STINUM</b>	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
529.	<b>VINCRI STINUM</b>	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
530.	<b>VINCRI STINUM</b>	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
531.	<b>VINCRI STINUM</b>	D09.2	OKO
532.	<b>VINCRI STINUM</b>	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
533.	<b>VINCRI STINUM</b>	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
534.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
535.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D10	NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
536.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D10.0	WARGA
537.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D10.1	JĘZYK
538.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
539.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ
540.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D10.4	MIGDAŁEK
541.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
542.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
543.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
544.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
545.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D11	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
546.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
547.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
548.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
549.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D12	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
550.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D12.0	JELITO ŚLEPE
551.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
552.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
553.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
554.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
555.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
556.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
557.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
558.	VINCRI STI NUM	D12.8	ODBYTNICA
559.	VINCRI STI NUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
560.	VINCRI STI NUM	D13	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
561.	VINCRI STI NUM	D13.0	PRZĘLYK
562.	VINCRI STI NUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
563.	VINCRI STI NUM	D13.2	DWUNASTNICA
564.	VINCRI STI NUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA CIENKIEGO
565.	VINCRI STI NUM	D13.4	WĄTROBA
566.	VINCRI STI NUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE
567.	VINCRI STI NUM	D13.6	TRZUSTKA
568.	VINCRI STI NUM	D13.7	WYSPY TRZUSTKI
569.	VINCRI STI NUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
570.	VINCRI STI NUM	D14	NOWOT WORY NIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
571.	VINCRI STI NUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
572.	VINCRI STI NUM	D14.1	KRTAŃ
573.	VINCRI STI NUM	D14.2	TCHAWICA
574.	VINCRI STI NUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
575.	VINCRI STI NUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
576.	VINCRI STI NUM	D15	NOWOT WÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
577.	VINCRI STI NUM	D15.0	GRASICA
578.	VINCRI STI NUM	D15.1	SERCE
579.	VINCRI STI NUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
580.	VINCRI STI NUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
581.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
582.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
583.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
584.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
585.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
586.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
587.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
588.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.5	ŻUCHWA
589.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.6	KRĘGOSŁUP
590.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
591.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
592.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
593.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D18	NACZYNIANKI KRWIONOŚNE I NACZYNIANKI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
594.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D18.0	NACZYNIANK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
595.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D18.1	NACZYNIANK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
596.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
597.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
598.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D20.1	OTRZEWNA
599.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
600.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
601.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
602.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
603.	VINCRI STI NUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
604.	VINCRI STI NUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
605.	VINCRI STI NUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
606.	VINCRI STI NUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
607.	VINCRI STI NUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
608.	VINCRI STI NUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
609.	VINCRI STI NUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
610.	VINCRI STI NUM	D28.0	SROM
611.	VINCRI STI NUM	D28.1	POCHWA
612.	VINCRI STI NUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
613.	VINCRI STI NUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
614.	VINCRI STI NUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
615.	VINCRI STI NUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
616.	VINCRI STI NUM	D29.0	PRĄCIE
617.	VINCRI STI NUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
618.	VINCRI STI NUM	D29.2	JĄDRO
619.	VINCRI STI NUM	D29.3	NAJĄDRZE
620.	VINCRI STI NUM	D29.4	MOSZNA
621.	VINCRI STI NUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
622.	VINCRI STI NUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
623.	VINCRI STI NUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
624.	VINCRI STI NUM	D30.0	NERKA
625.	VINCRI STI NUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
626.	VINCRI STI NUM	D30.2	MOCZOWÓD

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
627.	VINCRI STI NUM	D30.3	PĘCZERZ MOCZOWY
628.	VINCRI STI NUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
629.	VINCRI STI NUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
630.	VINCRI STI NUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
631.	VINCRI STI NUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
632.	VINCRI STI NUM	D31.0	SPOJÓWKA
633.	VINCRI STI NUM	D31.1	ROGÓWKA
634.	VINCRI STI NUM	D31.2	SIATKÓWKA
635.	VINCRI STI NUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
636.	VINCRI STI NUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
637.	VINCRI STI NUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
638.	VINCRI STI NUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
639.	VINCRI STI NUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
640.	VINCRI STI NUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
641.	VINCRI STI NUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
642.	VINCRI STI NUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
643.	VINCRI STI NUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
644.	VINCRI STI NUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
645.	VINCRI STI NUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
646.	VINCRI STI NUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
647.	VINCRI STI NUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
648.	VINCRI STI NUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
649.	VINCRI STI NUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
650.	VINCRI STI NUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
651.	VINCRI STI NUM	D33.9	CENTRALNY SYST EMNERWOWY, NIEOKREŚLONY
652.	VINCRI STI NUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR T ARCZYCY
653.	VINCRI STI NUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
654.	VINCRI STI NUM	D35.0	NADNERCZA
655.	VINCRI STI NUM	D35.1	PRZYT ARCZYCE
656.	VINCRI STI NUM	D35.2	PRZYSADKA
657.	VINCRI STI NUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
658.	VINCRI STI NUM	D35.4	SZYSZYNK A
659.	VINCRI STI NUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
660.	VINCRI STI NUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
661.	VINCRI STI NUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁ Y WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
662.	VINCRI STI NUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
663.	VINCRI STI NUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
664.	VINCRI STI NUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
665.	VINCRI STI NUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
666.	VINCRI STI NUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁADNERWOWY
667.	VINCRI STI NUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
668.	VINCRI STI NUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
669.	VINCRI STI NUM	D37	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY UST NEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
670.	VINCRI STI NUM	D37.0	WARGA, JAMA UST NA I GARDŁO
671.	VINCRI STI NUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
672.	VINCRI STI NUM	D37.2	JELITO CIENKIE
673.	VINCRI STI NUM	D37.3	JELIO ŚLEPE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
674.	VINCRI STI NUM	D37.4	OKRĘŻNICA
675.	VINCRI STI NUM	D37.5	ODBYTNICA
676.	VINCRI STI NUM	D37.6	WĄTROBA, PĘCZERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
677.	VINCRI STI NUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
678.	VINCRI STI NUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
679.	VINCRI STI NUM	D38	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
680.	VINCRI STI NUM	D38.0	KRTAŃ
681.	VINCRI STI NUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
682.	VINCRI STI NUM	D38.2	OPŁUCNA
683.	VINCRI STI NUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
684.	VINCRI STI NUM	D38.4	GRASICA
685.	VINCRI STI NUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
686.	VINCRI STI NUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
687.	VINCRI STI NUM	D39	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
688.	VINCRI STI NUM	D39.0	MACICA
689.	VINCRI STI NUM	D39.1	JAJNIK
690.	VINCRI STI NUM	D39.2	ŁOŻYSKO
691.	VINCRI STI NUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
692.	VINCRI STI NUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
693.	VINCRI STI NUM	D40	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
694.	VINCRI STI NUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
695.	VINCRI STI NUM	D40.1	JĄDRO
696.	VINCRI STI NUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
697.	<b>VINCRI STINUM</b>	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
698.	<b>VINCRI STINUM</b>	D41	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
699.	<b>VINCRI STINUM</b>	D41.0	NERKA
700.	<b>VINCRI STINUM</b>	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA
701.	<b>VINCRI STINUM</b>	D41.2	MOCZOWÓD
702.	<b>VINCRI STINUM</b>	D41.3	CEWKA MOCZOWA
703.	<b>VINCRI STINUM</b>	D41.4	PĘCZERZ MOCZOWY
704.	<b>VINCRI STINUM</b>	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
705.	<b>VINCRI STINUM</b>	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
706.	<b>VINCRI STINUM</b>	D42	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
707.	<b>VINCRI STINUM</b>	D42.0	OPONY MÓZGOWE
708.	<b>VINCRI STINUM</b>	D42.1	OPONY RDZENIOWE
709.	<b>VINCRI STINUM</b>	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
710.	<b>VINCRI STINUM</b>	D43	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
711.	<b>VINCRI STINUM</b>	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
712.	<b>VINCRI STINUM</b>	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
713.	<b>VINCRI STINUM</b>	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
714.	<b>VINCRI STINUM</b>	D43.3	NERWY CZASZKOWE
715.	<b>VINCRI STINUM</b>	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
716.	<b>VINCRI STINUM</b>	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
717.	<b>VINCRI STINUM</b>	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
718.	<b>VINCRI STINUM</b>	D44	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
719.	<b>VINCRI STINUM</b>	D44.0	TARCZYCA



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
720.	VINCRI STI N U M	D44.1	NADNERCZA
721.	VINCRI STI N U M	D44.2	PRZYTARCZYCE
722.	VINCRI STI N U M	D44.3	PRZYSADKA
723.	VINCRI STI N U M	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
724.	VINCRI STI N U M	D44.5	SZYSZYNKA
725.	VINCRI STI N U M	D44.6	KŁĘBEK SZYJNY
726.	VINCRI STI N U M	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
727.	VINCRI STI N U M	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
728.	VINCRI STI N U M	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
729.	VINCRI STI N U M	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
730.	VINCRI STI N U M	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
731.	VINCRI STI N U M	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
732.	VINCRI STI N U M	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
733.	VINCRI STI N U M	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STA W O W E
734.	VINCRI STI N U M	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
735.	VINCRI STI N U M	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
736.	VINCRI STI N U M	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOVA
737.	VINCRI STI N U M	D48.4	OTRZEWNA
738.	VINCRI STI N U M	D48.5	SKÓRA
739.	VINCRI STI N U M	D48.6	SUTEK
740.	VINCRI STI N U M	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
741.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D48.9	NOWOT WÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
742.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D69.3	SAMOISTNA PŁAMICA MAŁOPLYTKOWA
743.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D76.0	HIST IOCYTOZAZ KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
744.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D76.1	LYMFOHIST IOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ
745.	<b>VINCRI STI NUM</b>	D76.2	ZESPÓŁ HEMOFAGOCYTARNY ZWIĄZANY Z ZAKAŻENIEM
746.	<b>VINCRI STI NUM</b>	E85	AMYLOIDOZA/SKROBIAWICA/
747.	<b>VINCRI STI NUM</b>	E85.0	SKROBIAWICE UKŁADOWE DZIEDZICZNE LUB RODZINNE, POSTAĆ NIE-NEUROPATYCZNA
748.	<b>VINCRI STI NUM</b>	E85.1	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, POSTAĆ NEUROPATYCZNA
749.	<b>VINCRI STI NUM</b>	E85.2	SKROBIAWICA UKŁADOWA DZIEDZICZNA LUB RODZINNA, NIEOKREŚLONA
750.	<b>VINCRI STI NUM</b>	E85.3	WTÓRNE AMYLOIDOZY NARZĄDOWE
751.	<b>VINCRI STI NUM</b>	E85.4	ZLOKALIZOWANE (NARZĄDOWE) ODKŁADANIE SIĘ MASSKROBIAWATYCH
752.	<b>VINCRI STI NUM</b>	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
753.	<b>VINCRI STI NUM</b>	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.63.

## VINORELBINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	VINORELBINUM	C00	NOWOTWORYZŁOŚLIWE WARGI
2.	VINORELBINUM	C00.0	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
3.	VINORELBINUM	C00.1	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
4.	VINORELBINUM	C00.2	POWIERZCHNIA ZEWNĘTRZNA WARGI, NIEOKREŚLONA
5.	VINORELBINUM	C00.3	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI GÓRNEJ
6.	VINORELBINUM	C00.4	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI DOLNEJ
7.	VINORELBINUM	C00.5	POWIERZCHNIA WEWNĘTRZNA WARGI NIEOKREŚLONEJ (GÓRNA LUB DOLNA)
8.	VINORELBINUM	C00.6	SPOIDŁO WARGI
9.	VINORELBINUM	C00.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI
10.	VINORELBINUM	C00.9	WARGA, NIEOKREŚLONA
11.	VINORELBINUM	C01	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NASADY JĘZYKA
12.	VINORELBINUM	C02	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JĘZYKA
13.	VINORELBINUM	C02.0	POWIERZCHNIA GRZBIETOWA JĘZYKA
14.	VINORELBINUM	C02.1	BRZEG JĘZYKA
15.	VINORELBINUM	C02.2	DOLNA POWIERZCHNIA JĘZYKA
16.	VINORELBINUM	C02.3	PRZEDNIE DWIE TRZECIE CZĘŚCI JĘZYKA, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
17.	VINORELBINUM	C02.4	MIGDAŁEK JĘZYKOWY
18.	VINORELBINUM	C02.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JĘZYKA
19.	VINORELBINUM	C02.9	JĘZYK, NIEOKREŚLONY
20.	VINORELBINUM	C03	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DZIAŚŁA
21.	VINORELBINUM	C03.0	DZIAŚŁO GÓRNE
22.	VINORELBINUM	C03.1	DZIAŚŁO DOLNE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
23.	VINORELBINUM	C03.9	DZIAŚŁO, NIEOKREŚLONE
24.	VINORELBINUM	C04	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY DNA JAMY USTNEJ
25.	VINORELBINUM	C04.0	PRZEDNIA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
26.	VINORELBINUM	C04.1	BOCZNA CZĘŚĆ DNA JAMY USTNEJ
27.	VINORELBINUM	C04.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DNA JAMY USTNEJ
28.	VINORELBINUM	C04.9	DNO JAMY USTNEJ, NIEOKREŚLONE
29.	VINORELBINUM	C05	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PODNIEBIENIA
30.	VINORELBINUM	C05.0	PODNIEBIENIE TWARDE
31.	VINORELBINUM	C05.1	PODNIEBIENIE MIĘKKIE
32.	VINORELBINUM	C05.2	JĘZYCZEK
33.	VINORELBINUM	C05.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PODNIEBIENIA MIĘKKIEGO
34.	VINORELBINUM	C05.9	PODNIEBIENIE, NIEOKREŚLONE
35.	VINORELBINUM	C06	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
36.	VINORELBINUM	C06.0	ŚLUZÓWKA POLICZKA
37.	VINORELBINUM	C06.1	PRZEDSIONEK JAMY USTNEJ
38.	VINORELBINUM	C06.2	PRZESTRZEŃ ZATRZONOWA
39.	VINORELBINUM	C06.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI JAMY USTNEJ
40.	VINORELBINUM	C06.9	JAMA USTNA, NIEOKREŚLONA
41.	VINORELBINUM	C07	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚLINIANKI PRZYUSZNEJ
42.	VINORELBINUM	C08	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
43.	VINORELBINUM	C08.0	ŚLINIANKA PODŻUCHWOWA
44.	VINORELBINUM	C08.1	ŚLINIANKA PODJĘZYKOWA
45.	VINORELBINUM	C08.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
46.	VINORELBINUM	C08.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
47.	VINORELBINUM	C09	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE MIGDAŁKA
48.	VINORELBINUM	C09.0	DÓŁ MIGDAŁKOWY
49.	VINORELBINUM	C09.1	ŁUKI PODNIEBIENNE (PODNIEBIENNO-JĘZYKOWY) (PODNIEBIENNO-GARDŁOWY)

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
50.	VINORELBINUM	C09.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MIGDAŁKA
51.	VINORELBINUM	C09.9	MIGDAŁEK, NIEOKREŚLONY
52.	VINORELBINUM	C10	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA (OROPHARYNX)
53.	VINORELBINUM	C10.0	DOLINKA NAGŁOŚNIOWA
54.	VINORELBINUM	C10.1	PRZEDNIA POWIERZCHNIA NAGŁOŚNI
55.	VINORELBINUM	C10.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
56.	VINORELBINUM	C10.3	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
57.	VINORELBINUM	C10.4	SZCZELINA SKRZEŁOWA
58.	VINORELBINUM	C10.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI USTNEJ GARDŁA
59.	VINORELBINUM	C10.9	CZĘŚĆ USTNA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
60.	VINORELBINUM	C11	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA (NASOPHARYNX)
61.	VINORELBINUM	C11.0	ŚCIANA GÓRNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
62.	VINORELBINUM	C11.1	ŚCIANA TYLNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
63.	VINORELBINUM	C11.2	ŚCIANA BOCZNA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
64.	VINORELBINUM	C11.3	ŚCIANA PRZEDNIA CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
65.	VINORELBINUM	C11.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE CZĘŚCI NOSOWEJ GARDŁA
66.	VINORELBINUM	C11.9	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
67.	VINORELBINUM	C12	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZCHYLKU GRUSZKOWATEGO
68.	VINORELBINUM	C13	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA (HYPOPHARYNX)
69.	VINORELBINUM	C13.0	OKOLICA PŁYTKI CHRZĄSTKI PIERŚCIENIOWATEJ
70.	VINORELBINUM	C13.1	FALD NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWY I POWIERZCHNIA GARDŁOWA FALDU NALEWKOWO-NAGŁOŚNIOWEGO
71.	VINORELBINUM	C13.2	TYLNA ŚCIANA CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
72.	VINORELBINUM	C13.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE CZĘŚCI KRTANIOWEJ GARDŁA
73.	VINORELBINUM	C13.9	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA, NIEOKREŚLONA
74.	VINORELBINUM	C14	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY O INNYM I O BLIŻEJ NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU W OBRĘBIE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
75.	VINORELBINUM	C14.0	GARDŁO O UMIEJSCOWIENIU NIEOKREŚLONYM

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
76.	VINORELBINUM	C14.2	PIERŚCIEŃ CHŁONNY GARDŁOWY WALDEYERA
77.	VINORELBINUM	C14.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE WARGI, JAMY USTNEJ I GARDŁA
78.	VINORELBINUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA
79.	VINORELBINUM	C16.0	WPUST
80.	VINORELBINUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA
81.	VINORELBINUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA
82.	VINORELBINUM	C16.3	UJŚCIE ODŹWIERNIKA
83.	VINORELBINUM	C16.4	ODŹWIERNIK
84.	VINORELBINUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
85.	VINORELBINUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA
86.	VINORELBINUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA
87.	VINORELBINUM	C16.9	ŻOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY
88.	VINORELBINUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
89.	VINORELBINUM	C17.0	DWUNASTNICA
90.	VINORELBINUM	C17.1	JELITO CZCZE
91.	VINORELBINUM	C17.2	JELITO KRĘTE
92.	VINORELBINUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA
93.	VINORELBINUM	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO
94.	VINORELBINUM	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKREŚLONE
95.	VINORELBINUM	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO
96.	VINORELBINUM	C18.0	JELITO ŚLEPE
97.	VINORELBINUM	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
98.	VINORELBINUM	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
99.	VINORELBINUM	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE
100.	VINORELBINUM	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
101.	VINORELBINUM	C18.5	ZGIĘCIE ŚLEDZIONOWE
102.	VINORELBINUM	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
103.	VINORELBINUM	C18.7	ESICA
104.	VINORELBINUM	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY
105.	VINORELBINUM	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
106.	VINORELBINUM	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO
107.	VINORELBINUM	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY
108.	VINORELBINUM	C21	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
109.	VINORELBINUM	C21.0	ODBYT, NIEOKREŚLONY
110.	VINORELBINUM	C21.1	KANAŁ ODBYTU
111.	VINORELBINUM	C21.2	STREFA KLOAKOGENNA
112.	VINORELBINUM	C21.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
113.	VINORELBINUM	C22	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY I PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
114.	VINORELBINUM	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY
115.	VINORELBINUM	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH
116.	VINORELBINUM	C22.2	WĄTROBIAK ZARODKOWY (HEPATOBLASTOMA)
117.	VINORELBINUM	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY
118.	VINORELBINUM	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY
119.	VINORELBINUM	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY
120.	VINORELBINUM	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA
121.	VINORELBINUM	C23	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCZERZYKA ŻÓLCIOWEGO
122.	VINORELBINUM	C24	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI DRÓG ŻÓLCIOWYCH
123.	VINORELBINUM	C24.0	ZEWNĄTRZWĄTROBOWE DROGI ŻÓLCIOWE
124.	VINORELBINUM	C24.1	BRODAWKA WIĘKSZA DWUNASTNICY VATERA
125.	VINORELBINUM	C24.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE DRÓG ŻÓLCIOWYCH
126.	VINORELBINUM	C24.9	DROGI ŻÓLCIOWE, NIEOKREŚLONE
127.	VINORELBINUM	C25	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZUSTKI
128.	VINORELBINUM	C25.0	GŁOWA TRZUSTKI
129.	VINORELBINUM	C25.1	TRZON TRZUSTKI

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
130.	VINORELBINUM	C25.2	OGON TRZUSTKI
131.	VINORELBINUM	C25.3	PRZEWÓD TRZUSTKOWY
132.	VINORELBINUM	C25.4	CZĘŚĆ WEWNĄTRZ WYDZIELNICZA TRZUSTKI
133.	VINORELBINUM	C25.7	INNA CZĘŚĆ TRZUSTKI
134.	VINORELBINUM	C25.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZUSTKI
135.	VINORELBINUM	C25.9	TRZUSTKA, NIEOKREŚLONA
136.	VINORELBINUM	C26	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
137.	VINORELBINUM	C26.0	PRZEWÓD POKARMOWY, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
138.	VINORELBINUM	C26.1	ŚLEDZIONA
139.	VINORELBINUM	C26.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
140.	VINORELBINUM	C26.9	CZĘŚĆ UKŁADU TRAWIENNEGO NIEDOKŁADNIEOKREŚLONA
141.	VINORELBINUM	C30	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAMY NOSOWEJ I UCHA ŚRODKOWEGO
142.	VINORELBINUM	C30.0	JAMA NOSOWA
143.	VINORELBINUM	C30.1	UCHO ŚRODKOWE
144.	VINORELBINUM	C31	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZATOK PRZYNOSOWYCH
145.	VINORELBINUM	C31.0	ZATOKA SZCZĘKOWA
146.	VINORELBINUM	C31.1	KOMÓRKI SITOWE
147.	VINORELBINUM	C31.2	ZATOKA CZOŁOWA
148.	VINORELBINUM	C31.3	ZATOKA KLINOWA
149.	VINORELBINUM	C31.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ZATOK PRZYNOSOWYCH
150.	VINORELBINUM	C31.9	ZATOKA PRZYNOSOWA, NIEOKREŚLONA
151.	VINORELBINUM	C33	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TCHAWICY
152.	VINORELBINUM	C34	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA
153.	VINORELBINUM	C34.0	OSKRZELE GŁÓWNE
154.	VINORELBINUM	C34.1	PLĄT GÓRNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE GÓRNE
155.	VINORELBINUM	C34.2	PLĄT ŚRODKOWY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE ŚRODKOWE
156.	VINORELBINUM	C34.3	PLĄT DOLNY PŁUCA LUB OSKRZELE PŁATOWE DOLNE



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
157.	VINORELBINUM	C34.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OSKRZELA I PŁUCA
158.	VINORELBINUM	C34.9	OSKRZELE LUB PŁUCO, NIEOKREŚLONE
159.	VINORELBINUM	C37	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRASICY
160.	VINORELBINUM	C38	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
161.	VINORELBINUM	C38.0	SERCE
162.	VINORELBINUM	C38.1	SRÓDPIERSIE PRZEDNIE
163.	VINORELBINUM	C38.2	SRÓDPIERSIE TYLNE
164.	VINORELBINUM	C38.3	SRÓDPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
165.	VINORELBINUM	C38.4	OPLUCNA
166.	VINORELBINUM	C38.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SERCA, ŚRÓDPIERSIA I OPLUCNEJ
167.	VINORELBINUM	C39	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
168.	VINORELBINUM	C39.0	GÓRNA CZĘŚĆ DRÓG ODDECHOWYCH, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA
169.	VINORELBINUM	C39.8	ZMIANY PRZEKRACZAJĄCE GRANICE UKŁADU ODDECHOWEGO I NARZĄDÓW WNEŹRZA KLATKI PIERSIOWEJ
170.	VINORELBINUM	C39.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE W OBRĘBIE UKŁADU ODDECHOWEGO
171.	VINORELBINUM	C40	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
172.	VINORELBINUM	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
173.	VINORELBINUM	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
174.	VINORELBINUM	C40.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
175.	VINORELBINUM	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
176.	VINORELBINUM	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KOŃCZYN
177.	VINORELBINUM	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KOŃCZYN, NIEOKREŚLONE
178.	VINORELBINUM	C41	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
179.	VINORELBINUM	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
180.	VINORELBINUM	C41.1	ŻUCHWA
181.	VINORELBINUM	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA
182.	VINORELBINUM	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
183.	VINORELBINUM	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
184.	VINORELBINUM	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ
185.	VINORELBINUM	C41.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
186.	VINORELBINUM	C43	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY
187.	VINORELBINUM	C43.0	CZERNIAK ZŁOŚLIWY WARGI
188.	VINORELBINUM	C43.1	CZERNIAK ZŁOŚLIWY POWIEKI, ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
189.	VINORELBINUM	C43.2	CZERNIAK ZŁOŚLIWY UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
190.	VINORELBINUM	C43.3	CZERNIAK ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
191.	VINORELBINUM	C43.4	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SKÓRY SZYI
192.	VINORELBINUM	C43.5	CZERNIAK ZŁOŚLIWY TUŁOWIA
193.	VINORELBINUM	C43.6	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
194.	VINORELBINUM	C43.7	CZERNIAK ZŁOŚLIWY KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
195.	VINORELBINUM	C43.8	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY PRZEKRACZAJĄCY WYŻEJ OKREŚLONE GRANICE
196.	VINORELBINUM	C43.9	CZERNIAK ZŁOŚLIWY SKÓRY, NIEOKREŚLONY
197.	VINORELBINUM	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ w przypadku złośliwego międzybłoniaka opłucnej w stadium zaawansowanym
198.	VINORELBINUM	C46	MIĘSAK KAPOS'I EGO
199.	VINORELBINUM	C46.0	MIĘSAK KAPOS'I EGO SKÓRY
200.	VINORELBINUM	C46.1	MIĘSAK KAPOS'I EGO TKANKI MIĘKKIEJ
201.	VINORELBINUM	C46.2	MIĘSAK KAPOS'I EGO PODNIEBIENIA
202.	VINORELBINUM	C46.3	MIĘSAK KAPOS'I EGO WĘZŁÓW CHŁONNYCH
203.	VINORELBINUM	C46.7	MIĘSAK KAPOS'I EGO INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
204.	VINORELBINUM	C46.8	MIĘSAK KAPOS'I EGO LICZNYCH NARZĄDÓW
205.	VINORELBINUM	C46.9	MIĘSAK KAPOS'I EGO, NIEOKREŚLONY
206.	VINORELBINUM	C47	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
207.	VINORELBINUM	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI
208.	VINORELBINUM	C47.1	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
209.	VINORELBINUM	C47.2	NERWY OBWODOWE KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
210.	VINORELBINUM	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ
211.	VINORELBINUM	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA
212.	VINORELBINUM	C47.5	NERWY OBWODOWE MIEDNICY
213.	VINORELBINUM	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
214.	VINORELBINUM	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWÓW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO
215.	VINORELBINUM	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE
216.	VINORELBINUM	C48	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
217.	VINORELBINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
218.	VINORELBINUM	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ
219.	VINORELBINUM	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA
220.	VINORELBINUM	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ
221.	VINORELBINUM	C49	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
222.	VINORELBINUM	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI
223.	VINORELBINUM	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
224.	VINORELBINUM	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM
225.	VINORELBINUM	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ
226.	VINORELBINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA
227.	VINORELBINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY
228.	VINORELBINUM	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKREŚLONA
229.	VINORELBINUM	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ
230.	VINORELBINUM	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKREŚLONE
231.	VINORELBINUM	C50	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SUTKA
232.	VINORELBINUM	C50.0	BRODAWKA I OTOCZKA BRODAWKI SUTKOWEJ
233.	VINORELBINUM	C50.1	CENTRALNA CZĘŚĆ SUTKA
234.	VINORELBINUM	C50.2	ĆWIARTKA GÓRNA WEWNĘTRZNA SUTKA
235.	VINORELBINUM	C50.3	ĆWIARTKA DOLNA WEWNĘTRZNA SUTKA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
236.	VINORELBINUM	C50.4	ĆWIARTKA GÓRNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
237.	VINORELBINUM	C50.5	ĆWIARTKA DOLNA ZEWNĘTRZNA SUTKA
238.	VINORELBINUM	C50.6	CZĘŚĆ PACHOWA SUTKA
239.	VINORELBINUM	C50.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SUTKA
240.	VINORELBINUM	C50.9	SUTEK, NIEOKREŚLONY
241.	VINORELBINUM	C51	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SROMU
242.	VINORELBINUM	C51.0	WARGI SROMOWE WIĘKSZE
243.	VINORELBINUM	C51.1	WARGI SROMOWE MNIEJSZE
244.	VINORELBINUM	C51.2	ŁECHTACZKA
245.	VINORELBINUM	C51.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE SROMU
246.	VINORELBINUM	C51.9	SROM, NIEOKREŚLONE
247.	VINORELBINUM	C52	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY POCHWY
248.	VINORELBINUM	C53	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SZYJKI MACICY
249.	VINORELBINUM	C53.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
250.	VINORELBINUM	C53.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
251.	VINORELBINUM	C53.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICĘ SZYJKI MACICY
252.	VINORELBINUM	C53.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
253.	VINORELBINUM	C54	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TRZONU MACICY
254.	VINORELBINUM	C54.0	CIEŚŃ MACICY
255.	VINORELBINUM	C54.1	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
256.	VINORELBINUM	C54.2	MIĘŚNIÓWKA MACICY
257.	VINORELBINUM	C54.3	DNO MACICY
258.	VINORELBINUM	C54.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TRZONU MACICY
259.	VINORELBINUM	C54.9	TRZON MACICY, NIEOKREŚLONE
260.	VINORELBINUM	C55	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NIEOKREŚLONEJ CZĘŚCI MACICY
261.	VINORELBINUM	C56	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
262.	VINORELBINUM	C57	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
263.	VINORELBINUM	C57.0	TRĄBKA FALLOPIA
264.	VINORELBINUM	C57.1	WIĘZADŁO SZEROKIE MACICY
265.	VINORELBINUM	C57.2	WIĘZADŁO OBŁE MACICY
266.	VINORELBINUM	C57.3	PRZYMACICZA
267.	VINORELBINUM	C57.4	PRZYDATKI MACICY, NIEOKREŚLONE
268.	VINORELBINUM	C57.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
269.	VINORELBINUM	C57.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
270.	VINORELBINUM	C57.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
271.	VINORELBINUM	C61	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY GRUCZOŁU KROKOWEGO
272.	VINORELBINUM	C62	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JĄDRA
273.	VINORELBINUM	C62.0	JĄDRO NIEZSTĄPIONE
274.	VINORELBINUM	C62.1	JĄDRO ZSTĄPIONE
275.	VINORELBINUM	C62.9	JĄDRO, NIEOKREŚLONE
276.	VINORELBINUM	C63	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
277.	VINORELBINUM	C63.0	NAJĄDRZE
278.	VINORELBINUM	C63.1	POWRÓZEK NASIENNY
279.	VINORELBINUM	C63.2	MOSZNA
280.	VINORELBINUM	C63.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
281.	VINORELBINUM	C63.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
282.	VINORELBINUM	C63.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
283.	VINORELBINUM	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ
284.	VINORELBINUM	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ
285.	VINORELBINUM	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU
286.	VINORELBINUM	C67	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA MOCZOWEGO
287.	VINORELBINUM	C67.0	TRÓJKĄT PĘCHERZA MOCZOWEGO
288.	VINORELBINUM	C67.1	SZCZYT PĘCHERZA MOCZOWEGO
289.	VINORELBINUM	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCHERZA MOCZOWEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
290.	VINORELBINUM	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCHERZA MOCZOWEGO
291.	VINORELBINUM	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCHERZA MOCZOWEGO
292.	VINORELBINUM	C67.5	SZYJA PĘCHERZA MOCZOWEGO
293.	VINORELBINUM	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU
294.	VINORELBINUM	C67.7	MOCZOWNIK
295.	VINORELBINUM	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCHERZA MOCZOWEGO
296.	VINORELBINUM	C67.9	PĘCHERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
297.	VINORELBINUM	C68	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW MOCZOWYCH
298.	VINORELBINUM	C68.0	CEWKA MOCZOWA
299.	VINORELBINUM	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ
300.	VINORELBINUM	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO
301.	VINORELBINUM	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY
302.	VINORELBINUM	C69	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OKA
303.	VINORELBINUM	C69.0	SPOJÓWKA
304.	VINORELBINUM	C69.1	ROGÓWKA
305.	VINORELBINUM	C69.2	SIATKÓWKA
306.	VINORELBINUM	C69.3	NACZYNIÓWKA
307.	VINORELBINUM	C69.4	CIAŁO RZĘSKOWE
308.	VINORELBINUM	C69.5	GRUCZOŁ I DROGI ŁZOWE
309.	VINORELBINUM	C69.6	OCZODÓŁ
310.	VINORELBINUM	C69.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKA
311.	VINORELBINUM	C69.9	OKO, NIEOKREŚLONE
312.	VINORELBINUM	C70	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPON
313.	VINORELBINUM	C70.0	OPONY MÓZGOWE
314.	VINORELBINUM	C70.1	OPONY RDZENIOWE
315.	VINORELBINUM	C70.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
316.	VINORELBINUM	C71	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
317.	VINORELBINUM	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
318.	VINORELBINUM	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
319.	VINORELBINUM	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
320.	VINORELBINUM	C71.3	PŁAT CIEMIENOWY
321.	VINORELBINUM	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
322.	VINORELBINUM	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
323.	VINORELBINUM	C71.6	MÓZDŻEK
324.	VINORELBINUM	C71.7	PIEŃ MÓZGU
325.	VINORELBINUM	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
326.	VINORELBINUM	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
327.	VINORELBINUM	C72	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY RDZENIA KRĘGOWEGO, NERWÓW CZASZKOWYCH I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
328.	VINORELBINUM	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY
329.	VINORELBINUM	C72.1	OGON KOŃSKI
330.	VINORELBINUM	C72.2	NERW WĘCHOWY
331.	VINORELBINUM	C72.3	NERW WZROKOWY
332.	VINORELBINUM	C72.4	NERW PRZEDSIONKOWO-ŚLIMAKOWY
333.	VINORELBINUM	C72.5	INNE I NIEOKREŚLONE NERWY CZASZKOWE
334.	VINORELBINUM	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
335.	VINORELBINUM	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
336.	VINORELBINUM	C73	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TARCZYCY
337.	VINORELBINUM	C74	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
338.	VINORELBINUM	C74.0	KORA NADNERCZY
339.	VINORELBINUM	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY
340.	VINORELBINUM	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE
341.	VINORELBINUM	C75	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO I STRUKTUR POKREWNYCH
342.	VINORELBINUM	C75.0	GRUCZOŁ PRZYTARCZOWY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
343.	VINORELBINUM	C75.1	PRZYSADKA GRUCZOŁOWA
344.	VINORELBINUM	C75.2	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
345.	VINORELBINUM	C75.3	SZYSZYNKA
346.	VINORELBINUM	C75.4	KŁĘBEK SZYJNY
347.	VINORELBINUM	C75.5	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
348.	VINORELBINUM	C75.8	ZAJĘCIE WIELU GRUCZOŁÓW DOKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
349.	VINORELBINUM	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
350.	VINORELBINUM	C76	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY UMIEJSCOWIEŃ INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH
351.	VINORELBINUM	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA
352.	VINORELBINUM	C76.1	KŁATKA PIERSIOWA
353.	VINORELBINUM	C76.2	BRZUCH
354.	VINORELBINUM	C76.3	MIEDNICA
355.	VINORELBINUM	C76.4	KOŃCZYNA GÓRNA
356.	VINORELBINUM	C76.5	KOŃCZYNA DOLNA
357.	VINORELBINUM	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
358.	VINORELBINUM	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
359.	VINORELBINUM	C77	WTÓRNE I NIEOKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE WĘZŁÓW CHŁONNYCH
360.	VINORELBINUM	C77.0	WĘZŁY CHŁONNE GŁOWY, TWARZY I SZYI
361.	VINORELBINUM	C77.1	WĘZŁY CHŁONNE WNEŹRZA KŁATKI PIERSIOWEJ
362.	VINORELBINUM	C77.2	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ JAMY BRZUSZNEJ
363.	VINORELBINUM	C77.3	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY GÓRNEJ I PACHY
364.	VINORELBINUM	C77.4	WĘZŁY CHŁONNE KOŃCZYNY DOLNEJ I PACHWY
365.	VINORELBINUM	C77.5	WĘZŁY CHŁONNE WEWNĄTRZ MIEDNICY
366.	VINORELBINUM	C77.8	WĘZŁY CHŁONNE MNOGICH REGIONÓW
367.	VINORELBINUM	C77.9	WĘZŁY CHŁONNE, NIEOKREŚLONE
368.	VINORELBINUM	C78	WTÓRNE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE UKŁADU ODDECHOWEGO I TRAWIENNEGO
369.	VINORELBINUM	C78.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PŁUC



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
370.	VINORELBINUM	C78.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŚRÓDPIERSIA
371.	VINORELBINUM	C78.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OPŁUCNEJ
372.	VINORELBINUM	C78.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW ODDECHOWYCH
373.	VINORELBINUM	C78.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO
374.	VINORELBINUM	C78.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO I ODBYTNICY
375.	VINORELBINUM	C78.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OTRZEWEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWEJ
376.	VINORELBINUM	C78.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY WĄTROBY
377.	VINORELBINUM	C78.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI PRZEWODU POKARMOWEGO
378.	VINORELBINUM	C79	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
379.	VINORELBINUM	C79.0	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI I MIEDNICZKI NERKOWEJ
380.	VINORELBINUM	C79.1	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PĘCHERZA ORAZ INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
381.	VINORELBINUM	C79.2	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY SKÓRY
382.	VINORELBINUM	C79.3	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MÓZGU I OPON MÓZGOWYCH
383.	VINORELBINUM	C79.4	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU NERWOWEGO
384.	VINORELBINUM	C79.5	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY KOŚCI I SZPIKU KOSTNEGO
385.	VINORELBINUM	C79.6	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JAJNIKA
386.	VINORELBINUM	C79.7	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NADNERCZY
387.	VINORELBINUM	C79.8	WTÓRNY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
388.	VINORELBINUM	C80	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY BEZ OKREŚLENIA JEGO UMIEJSCOWIENIA
389.	VINORELBINUM	C81	CHOROBA HODGKINA
390.	VINORELBINUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
391.	VINORELBINUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
392.	VINORELBINUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
393.	VINORELBINUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
394.	VINORELBINUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA
395.	VINORELBINUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
396.	VINORELBINUM	C96	INNY I NIEOKREŚLONY NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
			POKREWNYCH
397.	VINORELBINUM	C96.0	CHOROBA LETTERERA-SIWEGO
398.	VINORELBINUM	C96.1	HISTIOCYTOZA ZŁOŚLIWA
399.	VINORELBINUM	C96.2	GUZY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK TUCZNYCH
400.	VINORELBINUM	C96.3	PRAWDZIWY CHŁONIAK HISTIOCYTARNY
401.	VINORELBINUM	C96.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I TKANEK POKREWNYCH
402.	VINORELBINUM	C96.9	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE TKANKI LIMFATYCZNEJ, KRWIOTWÓRCZEJ I POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
403.	VINORELBINUM	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEŃ
404.	VINORELBINUM	D00.2	ŻOŁĄDEK
405.	VINORELBINUM	D01	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
406.	VINORELBINUM	D01.0	OKRĘŻNICA
407.	VINORELBINUM	D01.1	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
408.	VINORELBINUM	D01.2	ODBYTNICA
409.	VINORELBINUM	D01.3	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
410.	VINORELBINUM	D01.4	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELITA
411.	VINORELBINUM	D01.5	WĄTROBA, PĘCHERZYK ŻÓLCIOWY I DROGI ŻÓLCIOWE
412.	VINORELBINUM	D01.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY TRAWIENNE
413.	VINORELBINUM	D01.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
414.	VINORELBINUM	D03	CZERNIAK IN SITU
415.	VINORELBINUM	D03.0	CZERNIAK IN SITU WARGI
416.	VINORELBINUM	D03.1	CZERNIAK IN SITU POWIEKI ŁĄCZNIE Z KĄTEM OKA
417.	VINORELBINUM	D03.2	CZERNIAK IN SITU UCHA I PRZEWODU SŁUCHOWEGO ZEWNĘTRZNEGO
418.	VINORELBINUM	D03.3	CZERNIAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH CZĘŚCI TWARZY
419.	VINORELBINUM	D03.4	CZERNIAK IN SITU SKÓRY OWŁOSIONEJ GŁOWY I SZYI
420.	VINORELBINUM	D03.5	CZERNIAK IN SITU TUŁOWIA
421.	VINORELBINUM	D03.6	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY GÓRNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM
422.	VINORELBINUM	D03.7	CZERNIAK IN SITU KOŃCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
423.	VINORELBINUM	D03.8	CZERNIAK IN SITU INNYCH UMIEJSCOWIEŃ
424.	VINORELBINUM	D03.9	CZERNIAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
425.	VINORELBINUM	D06	RAK IN SITU SZYJKI MACICY
426.	VINORELBINUM	D06.0	BŁONA ŚLUZOWA SZYJKI MACICY
427.	VINORELBINUM	D06.1	BŁONA ZEWNĘTRZNA SZYJKI MACICY
428.	VINORELBINUM	D06.7	INNA CZĘŚĆ SZYJKI MACICY
429.	VINORELBINUM	D06.9	SZYJKA MACICY, NIEOKREŚLONA
430.	VINORELBINUM	D07	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
431.	VINORELBINUM	D07.0	BŁONA ŚLUZOWA MACICY
432.	VINORELBINUM	D07.1	SROM
433.	VINORELBINUM	D07.2	POCHWA
434.	VINORELBINUM	D07.3	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE ŻEŃSKIE
435.	VINORELBINUM	D07.4	PRĄCIE
436.	VINORELBINUM	D07.5	GRUCZOŁ KROKOWY
437.	VINORELBINUM	D07.6	INNE I NIEOKREŚLONE NARZĄDY PŁCIOWE MĘSKIE
438.	VINORELBINUM	D09	RAK IN SITU INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
439.	VINORELBINUM	D09.0	PĘCZERZ MOCZOWY
440.	VINORELBINUM	D09.1	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU MOCZOWEGO
441.	VINORELBINUM	D09.2	OKO
442.	VINORELBINUM	D09.3	TARCZYCA I INNE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
443.	VINORELBINUM	D09.7	RAK IN SITU INNYCH OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
444.	VINORELBINUM	D09.9	RAK IN SITU, NIEOKREŚLONY
445.	VINORELBINUM	D10	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY JAMY USTNEJ I GARDŁA
446.	VINORELBINUM	D10.0	WARGA
447.	VINORELBINUM	D10.1	JĘZYK
448.	VINORELBINUM	D10.2	DNO JAMY USTNEJ
449.	VINORELBINUM	D10.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JAMY USTNEJ

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
450.	VINORELBINUM	D10.4	MIGDAŁEK
451.	VINORELBINUM	D10.5	INNE STRUKTURY USTNO-GARDŁOWE
452.	VINORELBINUM	D10.6	CZĘŚĆ NOSOWA GARDŁA
453.	VINORELBINUM	D10.7	CZĘŚĆ KRTANIOWA GARDŁA
454.	VINORELBINUM	D10.9	GARDŁO, NIEOKREŚLONE
455.	VINORELBINUM	D11	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE DUŻYCH GRUCZOŁÓW ŚLINOWYCH
456.	VINORELBINUM	D11.0	ŚLINIANKA PRZYUSZNA
457.	VINORELBINUM	D11.7	INNE DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE
458.	VINORELBINUM	D11.9	DUŻE GRUCZOŁY ŚLINOWE, NIEOKREŚLONE
459.	VINORELBINUM	D12	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE OKRĘŻNICY, ODBYTNICY, ODBYTU I KANAŁU ODBYTU
460.	VINORELBINUM	D12.0	JELITO ŚLEPE
461.	VINORELBINUM	D12.1	WYROSTEK ROBACZKOWY
462.	VINORELBINUM	D12.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA
463.	VINORELBINUM	D12.3	OKRĘŻNICA POPRZECZNA
464.	VINORELBINUM	D12.4	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA
465.	VINORELBINUM	D12.5	OKRĘŻNICA ESOWATA
466.	VINORELBINUM	D12.6	OKRĘŻNICA, NIEOKREŚLONA
467.	VINORELBINUM	D12.7	ZGIĘCIE ESICZO-ODBYTNICZE
468.	VINORELBINUM	D12.8	ODBYTNICA
469.	VINORELBINUM	D12.9	ODBYT I KANAŁ ODBYTU
470.	VINORELBINUM	D13	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH CZĘŚCI UKŁADU TRAWIENNEGO
471.	VINORELBINUM	D13.0	PRZELYK
472.	VINORELBINUM	D13.1	ŻOŁĄDEK
473.	VINORELBINUM	D13.2	DWUNASTNICA
474.	VINORELBINUM	D13.3	INNE I NIEOKREŚLONE CZĘŚCI JELIT A CIENKIEGO
475.	VINORELBINUM	D13.4	WĄTROBA
476.	VINORELBINUM	D13.5	DROGI ŻÓŁCIOWE ZEWNĄTRZ WĄTROBOWE

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
477.	VINORELBINUM	D13.6	TRZUSTKA
478.	VINORELBINUM	D13.7	WSPY TRZUSTKI
479.	VINORELBINUM	D13.9	NIEDOKŁADNIEOKREŚLONE CZĘŚCI UKŁADU POKARMOWEGO
480.	VINORELBINUM	D14	NOWOTWORYNIEZŁOŚLIWE UCHA ŚRODKOWEGO I UKŁADU ODDECHOWEGO
481.	VINORELBINUM	D14.0	UCHO ŚRODKOWE, JAMA NOSOWA I ZATOKI PRZYNOSOWE
482.	VINORELBINUM	D14.1	KRTAŃ
483.	VINORELBINUM	D14.2	TCHAWICA
484.	VINORELBINUM	D14.3	OSKRZELA I PŁUCA
485.	VINORELBINUM	D14.4	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONE
486.	VINORELBINUM	D15	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY INNYCH I NIEOKREŚLONYCH NARZĄDÓW KLATKI PIERSIOWEJ
487.	VINORELBINUM	D15.0	GRASICA
488.	VINORELBINUM	D15.1	SERCE
489.	VINORELBINUM	D15.2	SRÓDPIERSIE
490.	VINORELBINUM	D15.7	INNE OKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
491.	VINORELBINUM	D15.9	NIEOKREŚLONE NARZĄDY KLATKI PIERSIOWEJ
492.	VINORELBINUM	D16	NOWOTWORYNIEZŁOŚLIWE KOŚCI I CHRZĄSTEK STAWOWYCH
493.	VINORELBINUM	D16.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
494.	VINORELBINUM	D16.1	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ
495.	VINORELBINUM	D16.2	KOŚCI DŁUGIE KOŃCZYNY DOLNEJ
496.	VINORELBINUM	D16.3	KOŚCI KRÓTKIE KOŃCZYNY DOLNEJ
497.	VINORELBINUM	D16.4	KOŚCI CZASZKI I TWARZY
498.	VINORELBINUM	D16.5	ŻUCHWA
499.	VINORELBINUM	D16.6	KRĘGOSŁUP
500.	VINORELBINUM	D16.7	ŻEBRA, MOSTEK I OBOJCZYK
501.	VINORELBINUM	D16.8	KOŚCI MIEDNICY, KOŚĆ KRZYŻOWA I GUZICZNA
502.	VINORELBINUM	D16.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE
503.	VINORELBINUM	D18	NACZYNIAMI KRWIONOŚNE I NACZYNIAMI CHŁONNE JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
504.	VINORELBINUM	D18.0	NACZYNIAK KRWIONOŚNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
505.	VINORELBINUM	D18.1	NACZYNIAK CHŁONNY JAKIEGOKOLWIEK UMIEJSCOWIENIA
506.	VINORELBINUM	D20	NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANEK MIĘKKICH OTRZEWNEJ I PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ
507.	VINORELBINUM	D20.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
508.	VINORELBINUM	D20.1	OTRZEWNA
509.	VINORELBINUM	D21	INNE NOWOTWORY NIEZŁOŚLIWE TKANKI ŁĄCZNEJ I INNYCH TKANEK MIĘKKICH
510.	VINORELBINUM	D21.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY TWARZY I SZYI
511.	VINORELBINUM	D21.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY GÓRNEJ, ŁĄCZNIE Z BARKIEM
512.	VINORELBINUM	D21.2	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KOŃCZYNY DOLNEJ, ŁĄCZNIE Z BIODREM
513.	VINORELBINUM	D21.3	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE KLATKI PIERSIOWEJ
514.	VINORELBINUM	D21.4	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE BRZUCHA
515.	VINORELBINUM	D21.5	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE MIEDNICY
516.	VINORELBINUM	D21.6	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE
517.	VINORELBINUM	D21.9	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE, NIEOKREŚLONE
518.	VINORELBINUM	D27	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR JAJNIKA
519.	VINORELBINUM	D28	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
520.	VINORELBINUM	D28.0	SRÓM
521.	VINORELBINUM	D28.1	POCHWA
522.	VINORELBINUM	D28.2	JAJOWODY I WIĘZADŁA
523.	VINORELBINUM	D28.7	INNE OKREŚLONE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
524.	VINORELBINUM	D28.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
525.	VINORELBINUM	D29	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
526.	VINORELBINUM	D29.0	PRĄCIE
527.	VINORELBINUM	D29.1	GRUCZOŁ KROKOWY
528.	VINORELBINUM	D29.2	JĄDRO
529.	VINORELBINUM	D29.3	NAJĄDRZE
530.	VINORELBINUM	D29.4	MOSZNA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
531.	VINORELBINUM	D29.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
532.	VINORELBINUM	D29.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
533.	VINORELBINUM	D30	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR NARZĄDÓW MOCZOWYCH
534.	VINORELBINUM	D30.0	NERKA
535.	VINORELBINUM	D30.1	MIEDNICZKA NERKOWA
536.	VINORELBINUM	D30.2	MOCZOWÓD
537.	VINORELBINUM	D30.3	PĘCHERZ MOCZOWY
538.	VINORELBINUM	D30.4	CEWKA MOCZOWA
539.	VINORELBINUM	D30.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
540.	VINORELBINUM	D30.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
541.	VINORELBINUM	D31	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR OKA
542.	VINORELBINUM	D31.0	SPOJÓWKA
543.	VINORELBINUM	D31.1	ROGÓWKA
544.	VINORELBINUM	D31.2	SIATKÓWKA
545.	VINORELBINUM	D31.3	NACZYNIÓWKA
546.	VINORELBINUM	D31.4	CIAŁO RZĘSKOWE
547.	VINORELBINUM	D31.5	GRUCZOŁY I DROGI ŁZOWE
548.	VINORELBINUM	D31.6	OCZODÓŁ, NIEOKREŚLONY
549.	VINORELBINUM	D31.9	OKO, NIEOKREŚLONE
550.	VINORELBINUM	D32	NOWOTWÓR NIEZŁOŚLIWY OPON MÓZGOWYCH
551.	VINORELBINUM	D32.0	OPONY MÓZGOWE
552.	VINORELBINUM	D32.1	OPONY RDZENIOWE
553.	VINORELBINUM	D32.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
554.	VINORELBINUM	D33	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
555.	VINORELBINUM	D33.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
556.	VINORELBINUM	D33.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
557.	VINORELBINUM	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
558.	VINORELBINUM	D33.3	NERWY CZASZKOWE
559.	VINORELBINUM	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY
560.	VINORELBINUM	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
561.	VINORELBINUM	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY
562.	VINORELBINUM	D34	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR TARCZYCY
563.	VINORELBINUM	D35	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR INNYCH I NIEOKREŚLONYCH GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
564.	VINORELBINUM	D35.0	NADNERCZA
565.	VINORELBINUM	D35.1	PRZYTARCZYCE
566.	VINORELBINUM	D35.2	PRZYSADKA
567.	VINORELBINUM	D35.3	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
568.	VINORELBINUM	D35.4	SZYSZYŃKA
569.	VINORELBINUM	D35.5	KŁĘBEK SZYJNY
570.	VINORELBINUM	D35.6	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
571.	VINORELBINUM	D35.7	INNE OKREŚLONE GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
572.	VINORELBINUM	D35.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
573.	VINORELBINUM	D35.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
574.	VINORELBINUM	D36	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR O INNYM I NIEOKREŚLONYM UMIEJSCOWIENIU
575.	VINORELBINUM	D36.0	WĘZŁY CHŁONNE
576.	VINORELBINUM	D36.1	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
577.	VINORELBINUM	D36.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
578.	VINORELBINUM	D36.9	NIEZŁOŚLIWY NOWOTWÓR, NIEOKREŚLONEGO UMIEJSCOWIENIA
579.	VINORELBINUM	D37	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE JAMY USTNEJ I NARZĄDÓW TRAWIENNYCH
580.	VINORELBINUM	D37.0	WARGA, JAMA USTNA I GARDŁO
581.	VINORELBINUM	D37.1	ŻOŁĄDEK
582.	VINORELBINUM	D37.2	JELITO CIENKIE
583.	VINORELBINUM	D37.3	JELIO ŚLEPE



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNIEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
584.	VINORELBINUM	D37.4	OKRĘŻNICA
585.	VINORELBINUM	D37.5	ODBYTNICA
586.	VINORELBINUM	D37.6	WĄTROBA, PEŁCERZYK ŻÓŁCIOWY I DROGI ŻÓŁCIOWE
587.	VINORELBINUM	D37.7	INNE NARZĄDY TRAWIENNE
588.	VINORELBINUM	D37.9	NARZĄDY TRAWIENNE, NIEOKREŚLONE
589.	VINORELBINUM	D38	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UCHA ŚRODKOWEGO, NARZĄDÓW UKŁADU ODDECHOWEGO I KLATKI PIERSIOWEJ
590.	VINORELBINUM	D38.0	KRTAŃ
591.	VINORELBINUM	D38.1	TCHAWICA, OSKRZELA I PŁUCA
592.	VINORELBINUM	D38.2	OPLUCNA
593.	VINORELBINUM	D38.3	SRÓDPIERSIE
594.	VINORELBINUM	D38.4	GRASICA
595.	VINORELBINUM	D38.5	INNE NARZĄDY UKŁADU ODDECHOWEGO
596.	VINORELBINUM	D38.6	UKŁAD ODDECHOWY, NIEOKREŚLONY
597.	VINORELBINUM	D39	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE ŻEŃSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
598.	VINORELBINUM	D39.0	MACICA
599.	VINORELBINUM	D39.1	JAJNIK
600.	VINORELBINUM	D39.2	ŁOŻYSKO
601.	VINORELBINUM	D39.7	INNE ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
602.	VINORELBINUM	D39.9	ŻEŃSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
603.	VINORELBINUM	D40	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE MĘSKICH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH
604.	VINORELBINUM	D40.0	GRUCZOŁ KROKOWY
605.	VINORELBINUM	D40.1	JĄDRO
606.	VINORELBINUM	D40.7	INNE MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE
607.	VINORELBINUM	D40.9	MĘSKIE NARZĄDY PŁCIOWE, NIEOKREŚLONE
608.	VINORELBINUM	D41	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE NARZĄDÓW MOCZOWYCH
609.	VINORELBINUM	D41.0	NERKA
610.	VINORELBINUM	D41.1	MIEDNICZKA NERKOWA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
611.	VINORELBINUM	D41.2	MOCZOWÓD
612.	VINORELBINUM	D41.3	CEWKA MOCZOWA
613.	VINORELBINUM	D41.4	PĘCHERZ MOCZOWY
614.	VINORELBINUM	D41.7	INNE NARZĄDY MOCZOWE
615.	VINORELBINUM	D41.9	NARZĄDY MOCZOWE, NIEOKREŚLONE
616.	VINORELBINUM	D42	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE OPON
617.	VINORELBINUM	D42.0	OPONY MÓZGOWE
618.	VINORELBINUM	D42.1	OPONY RDZENIOWE
619.	VINORELBINUM	D42.9	OPONY, NIEOKREŚLONE
620.	VINORELBINUM	D43	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
621.	VINORELBINUM	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE
622.	VINORELBINUM	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE
623.	VINORELBINUM	D43.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY
624.	VINORELBINUM	D43.3	NERWY CZASZKOWE
625.	VINORELBINUM	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY
626.	VINORELBINUM	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO
627.	VINORELBINUM	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE
628.	VINORELBINUM	D44	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO
629.	VINORELBINUM	D44.0	TARCZYCA
630.	VINORELBINUM	D44.1	NADNERCZA
631.	VINORELBINUM	D44.2	PRZYTARCZYCE
632.	VINORELBINUM	D44.3	PRZYSADKA
633.	VINORELBINUM	D44.4	PRZEWÓD NOSOWO-GARDŁOWY
634.	VINORELBINUM	D44.5	SZYSZYŃKA
635.	VINORELBINUM	D44.6	KLĘBEK SZYJNY
636.	VINORELBINUM	D44.7	CIAŁA PRZYAORTOWE I INNE CIAŁA PRYZWOJOWE
637.	VINORELBINUM	D44.8	ZAJĘCIE SZEREGU GRUCZOŁÓW WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
638.	VINORELBINUM	D44.9	GRUCZOŁY WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONE
639.	VINORELBINUM	D47.3	SAMOISTNA TROMBOCYTOPENIA (KRWOTOCZNA)
640.	VINORELBINUM	D47.7	INNE OKREŚLONE NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH
641.	VINORELBINUM	D47.9	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE UKŁADU LIMFATYCZNEGO, KRWIOTWÓRCZEGO I TKANEK POKREWNYCH, NIEOKREŚLONE
642.	VINORELBINUM	D48	NOWOTWORY O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE INNYCH I NIEOKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEŃ
643.	VINORELBINUM	D48.0	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE
644.	VINORELBINUM	D48.1	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE
645.	VINORELBINUM	D48.2	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY
646.	VINORELBINUM	D48.3	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA
647.	VINORELBINUM	D48.4	OTRZEWNA
648.	VINORELBINUM	D48.5	SKÓRA
649.	VINORELBINUM	D48.6	SUTEK
650.	VINORELBINUM	D48.7	INNE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE
651.	VINORELBINUM	D48.9	NOWOTWÓR O NIEPEWNYM LUB NIEZNANYM CHARAKTERZE, NIEOKREŚLONY
652.	VINORELBINUM	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDZIEJ
653.	VINORELBINUM	D76.1	LYMFOHISTIOCYTOZA Z ERYTROFAGOCYTOZĄ

Załącznik C.64.

## TEMOZOLOMIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNY ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	TEMOZOLOMIDUM	C16	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
2.	TEMOZOLOMIDUM	C16.0	WPUST <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
3.	TEMOZOLOMIDUM	C16.1	DNO ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
4.	TEMOZOLOMIDUM	C16.2	TRZON ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
5.	TEMOZOLOMIDUM	C16.3	UJSCIE ODŹWIERNIKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
6.	TEMOZOLOMIDUM	C16.4	ODŹWIERNIK <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
7.	TEMOZOLOMIDUM	C16.5	KRZYWIZNA MNIEJSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
8.	TEMOZOLOMIDUM	C16.6	KRZYWIZNA WIĘKSZA ŻOŁĄDKA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
9.	TEMOZOLOMIDUM	C16.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE ŻOŁĄDKA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
10.	TEMOZOLOMIDUM	C16.9	ZOŁĄDEK, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
11.	TEMOZOLOMIDUM	C17	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA CIENKIEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
12.	TEMOZOLOMIDUM	C17.0	DWUNASTNICA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
13.	TEMOZOLOMIDUM	C17.1	JELITO CZCZE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
14.	TEMOZOLOMIDUM	C17.2	JELITO KRĘTE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
15.	TEMOZOLOMIDUM	C17.3	UCHYLEK MECKELA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
16.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C17.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE JELITA CIENKIEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
17.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C17.9	JELITO CIENKIE, NIEOKRESŁONE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
18.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY JELITA GRUBEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
19.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.0	JELITO ŚLEPE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
20.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.1	WYROSTEK ROBACZKOWY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
21.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.2	OKRĘŻNICA WSTĘPUJĄCA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
22.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.3	ZGIĘCIE WĄTROBOWE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
23.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.4	OKRĘŻNICA POPRZECZNA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
24.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.5	ZGIĘCIE SLEDZIONOWE <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
25.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.6	OKRĘŻNICA ZSTĘPUJĄCA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
26.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.7	ESICA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
27.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE OKRĘŻNICY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
28.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C18.9	OKRĘŻNICA, NIEOKRESŁONA <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
29.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C19	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ZGIĘCIA ESICZO-ODBYTNICZEGO <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
30.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C20	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY ODBYTNICY <i>w przypadku rozpoznania nisko zróżnicowanego nowotworu neuroendokrynnego i progresji po pierwszej linii chemioterapii</i>
31.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C22.0	RAK KOMÓREK WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
32.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C22.1	RAK PRZEWODÓW ŻÓLCIOWYCH WEWNĄTRZWĄTROBOWYCH <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
33.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C22.3	MIĘSAK NACZYNIOWY WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
34.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C22.4	INNE MIĘSAKI WĄTROBY

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
35.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C22.7	INNE NIEOKREŚLONE RAKI WĄTROBY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
36.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C22.9	WĄTROBA, NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
37.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C38.0	SERCE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
38.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C38.1	SRODPIERSIE PRZEDNIE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
39.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C38.2	SRODPIERSIE TYLNE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
40.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C38.3	SRODPIERSIE, CZĘŚĆ NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
41.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C38.4	OPŁUCNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
42.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.0	ŁOPATKA I KOŚCI DŁGIE KONCZYNY GÓRNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
43.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.1	KOŚCI KRÓTKIE KONCZYNY GÓRNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
44.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.2	KOŚCI DŁGIE KONCZYNY DOLNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
45.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.3	KOŚCI KRÓTKIE KONCZYNY DOLNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
46.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ KONCZYNY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
47.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C40.9	KOŚCI I CHRZĄSTKI STAWOWE KONCZYNY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
48.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.0	KOŚCI CZASZKI I TWARZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
49.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.1	ŻUCHWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
50.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.2	KOŚCI KRĘGOSŁUPA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
51.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.3	KOŚCI ŻEBRA, MOSTKA I OBOJCZYKA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
52.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.4	KOŚCI MIEDNICY, KOŚC KRZYŻOWA I GUZICZNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
53.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE KOSCI I CHRZĄSTKI STAWOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
54.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C41.9	KOSCI I CHRZĄSTKI STAWOWE, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
55.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C45.0	MIĘDZYBŁONIAK OPŁUCNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
56.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C45.1	MIĘDZYBŁONIAK OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
57.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C45.2	MIĘDZYBŁONIAK OSIERDZIA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
58.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C45.7	MIĘDZYBŁONIAK INNYCH UMIEJSCOWIEN <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
59.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C45.9	MIĘDZYBŁONIAK, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
60.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C47.0	NERWY OBWODOWE GŁOWY, TWARZY I SZYI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
61.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C47.1	NERWY OBWODOWE KONCZYNY GORNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
62.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C47.3	NERWY OBWODOWE KLATKI PIERSIOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
63.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C47.4	NERWY OBWODOWE BRZUCHA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
64.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C47.6	NERWY OBWODOWE TUŁOWIA, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
65.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C47.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE NERWOW OBWODOWYCH I AUTONOMICZNEGO UKŁADU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
66.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C47.9	NERWY OBWODOWE I AUTONOMICZNY UKŁAD NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
67.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C48.0	PRZESTRZEN ZAOTRZEWNOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
68.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C48.1	OKREŚLONA CZĘŚĆ OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
69.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C48.2	OTRZEWNA, NIEOKREŚLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
70.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C48.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PRZESTRZENI ZAOTRZEWNOWEJ I OTRZEWNEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
71.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.0	TKANKA ŁĄCZNA I INNE TKANKI MIĘKKIE GŁOWY, TWARZY I SZYI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
72.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.1	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KONCZYNY GORNEJ ŁĄCZNIE Z BARKIEM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
73.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.2	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KONCZYNY DOLNEJ ŁĄCZNIE Z BIODREM <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
74.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.3	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA KLATKI PIERSIOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
75.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
76.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
77.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.6	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA TUŁOWIA, NIEOKRESLONA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
78.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE TKANKI ŁĄCZNEJ I TKANKI MIĘKKIEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
79.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C49.9	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA, NIEOKRESLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
80.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C63.0	NAJĄDRZE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
81.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C64	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY NERKI, Z WYJĄTKIEM MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
82.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C65	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MIEDNICZKI NERKOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
83.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C66	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY MOCZOWODU <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
84.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.0	TROJKĄT PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
85.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.1	SZCZYT PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
86.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.2	ŚCIANA BOCZNA PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
87.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.3	ŚCIANA PRZEDNIA PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
88.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.4	ŚCIANA TYLNA PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
89.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.5	SZYJA PĘCZERZA MOCZOWEGO



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
90.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.6	UJŚCIE MOCZOWODU <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
91.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.7	MOCZOWNIK <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
92.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE PĘCZERZA MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
93.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C67.9	PĘCZERZ MOCZOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
94.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C68.0	CEWKA MOCZOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
95.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C68.1	GRUCZOŁY CEWKI MOCZOWEJ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
96.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C68.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE UKŁADU MOCZOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
97.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C68.9	UKŁAD MOCZOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
98.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C69.2	SIATKÓWKA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
99.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C69.6	OCZODÓŁ <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
100.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.0	MÓZG Z WYJĄTKIEM PŁATÓW I KOMÓR
101.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.1	PŁAT CZOŁOWY
102.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.2	PŁAT SKRONIOWY
103.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.3	PŁAT CIEMIENIOWY
104.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.4	PŁAT POTYLICZNY
105.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.5	KOMORY MÓZGOWE
106.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.6	MÓZDŻEK
107.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.7	PIEŃ MÓZGU
108.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU
109.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C71.9	MÓZG, NIEOKREŚLONY
110.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.0	RDZEŃ KRĘGOWY

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
			<i>u dzieci do 18 roku życia</i>
111.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.1	OGON KONSKI <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
112.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.2	NERW WĘCHOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
113.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.3	NERW WZROKOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
114.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE MÓZGU I INNYCH CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
115.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C72.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
116.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C74.0	KORA NADNERCZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
117.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C74.1	RDZEŃ NADNERCZY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
118.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C74.9	NADNERCZE, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
119.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C75.9	GRUCZOŁ WYDZIELANIA WEWNĘTRZNEGO, NIEOKREŚLONY
120.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.0	GŁOWA, TWARZ I SZYJA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
121.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.1	KLATKA PIERSIOWA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
122.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.2	BRZUCH <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
123.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.3	MIEDNICA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
124.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.4	KONCZYNA GÓRNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
125.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.5	KONCZYNA DOLNA <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
126.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.7	INNE NIEDOKŁADNIE OKREŚLONE UMIEJSCOWIENIE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
127.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C76.8	ZMIANA PRZEKRACZAJĄCA GRANICE INNYCH I NIEDOKŁADNIE OKREŚLONYCH UMIEJSCOWIEN <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
128.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	C97	NOWOTWORY ZŁOŚLIWE NIEZALEŻNYCH (PIERWOTNYCH) MNOGICH UMIEJSCOWIEN <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
129.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.0	MOZG, NADNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
130.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.1	MOZG, PODNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
131.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.2	MÓZG, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
132.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.4	RDZEŃ KRĘGOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
133.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.7	INNE OKREŚLONE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
134.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D33.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
135.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.0	MÓZG, NADNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
136.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.1	MÓZG, PODNAMIOTOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
137.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.2	MOZG, NIEOKREŚLONY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
138.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.3	NERWY CZASZKOWE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
139.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.4	RDZEŃ KRĘGOWY <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
140.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.7	INNE CZĘŚCI CENTRALNEGO SYSTEMU NERWOWEGO <i>u dzieci do 18 roku życia</i>
141.	<b>TEMOZOLOMIDUM</b>	D43.9	CENTRALNY SYSTEM NERWOWY, NIEOKREŚLONE <i>u dzieci do 18 roku życia</i>

Załącznik C.65.a.

**ARSENICUM TRIOXIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	ARSENICUM TRIOXIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA <i>w przypadku: indukcji remisji i konsolidacji ostrej białaczki promielocytowej u dorosłych pacjentów, charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa po niepowodzeniu leczenia lub w nawrocie choroby. Wcześniejsze leczenie powinno obejmować stosowanie retinoidu i chemioterapii.</i>

Załącznik C.65.b.

**ARSENICUM TRIOXIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	ARSENICUM TRIOXIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów poniżej 18 roku życia z rozpoznaniem ostrej białaczki promielocytowej</i> <i>charakteryzującej się translokacją t(15;17) i (lub) obecnością genu PML/RAR-alfa</i>

Załącznik C.65.c.

**ARSENICUM TRIOXIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	ARSENICUM TRIOXIDUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA w przypadku: indukcji remisji i konsolidacji nowo zdiagnozowanej ostrej białaczki promielocytowej, charakteryzującej się translokacją t(15;17) lub obecnością genu PML/RAR-alfa, u dorosłych pacjentów z niskim lub pośrednim ryzykiem (liczba białych krwinek $\leq 10 \times 10^3 / \mu\text{l}$ ), w skojarzeniu z kwasem all- trans- retynowym

Załącznik C.66.a.

## CLOFARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	CLOFARABINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>w przypadku: leczenia ostrej białaczki limfoblastycznej (ALL) u dzieci i młodzieży z nawrotem lub oporną na leczenie chorobą po zastosowaniu przynajmniej dwóch wcześniejszych standardowych cykli i w przypadku, gdy brak innych opcji pozwalających na przewidywanie długotrwałej odpowiedzi, u chorych kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>

Załącznik C.66.b.

**CLOFARABINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>CLOFARABINUM</b>	D76.0	HISTIOCYTOZA Z KOMÓREK LANGERHANSA NIESKLASYFIKOWANA GDZIE INDEJ <i>w trzeciej linii leczenia</i>
2.	<b>CLOFARABINUM</b>	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>u dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, u których zdiagnozowano pierwotnie oporną ostrą białaczkę szpikową lub jej pierwszą wznowę oporną na leczenie II linii oraz u dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia, u których stwierdzono drugą wznowę ostrej białaczki szpikowej</i>



Załącznik C.67.

## BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81	CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
2.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
3.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
4.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
5.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
6.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
7.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA <i>w przypadku:</i> <i>pacjentów z nawrotem choroby lub z opornością na leczenie.</i>
8.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> <i>a) oporności na rytuksymab lub</i> <i>b) wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> <i>c) przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>leczenie I linii.</i>
9.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C82.1	<p>MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY  <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>oporności na rytuksymab lub</i></li> <li>b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i></li> <li>c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i></li> </ul>
10.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C82.7	<p>INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO  <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>oporności na rytuksymab lub</i></li> <li>b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i></li> <li>c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i></li> </ul>
11.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C83.0	<p>Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)  <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>oporności na rytuksymab lub</i></li> <li>b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i></li> <li>c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i></li> </ul>
12.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C83.1	<p>Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)  <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>oporności na rytuksymab lub</i></li> <li>b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i></li> <li>c) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii</i></li> </ul> <p><i>albo</i></p> <p><i>w przypadku chłoniaków z komórek płaszczka i wystąpienia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i></li> <li>b) <i>przeciwskażeń do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny –</i></li> </ul>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
			<i>leczenie I linii.</i>
13.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY) <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
14.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
15.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKRESŁONY <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
16.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.</i>
17.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.</i>
18.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T <i>w przypadku:</i> <i>oporności lub wznowy po leczeniu pierwszej linii.</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
19.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii</i> albo <i>w przypadku chłoniaków z komórek płaszczka i wystąpienia:</i> a) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> b) <i>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
20.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
21.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTROMA <i>w przypadku powolnego przebiegu chłoniaka nieziarniczego i wystąpienia:</i> a) <i>oporności na rytuksymab lub</i> b) <i>wznowy lub progresji choroby po upływie 6 miesięcy od zakończenia leczenia poprzedniej linii lub</i> c) <i>przeciwwskazań do podawania schematów leczenia zawierających antracykliny – leczenie I linii.</i>
22.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C90	SZPICZAK MNOGI I NOWOTWORY ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>
23.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>
24.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMÓRKOWA <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>
25.	<b>BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM</b>	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA <i>w drugiej i następnych liniach leczenia.</i>

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
26.	BENDAMUSTINUM HYDROCHLORIDUM	C91.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA LIMFOCYTOWA <i>w przypadku:</i> <i>a) przewlekłej białaczki limfocytowej (stadium choroby B lub C wg klasyfikacji Bineta) – leczenie I rzutu u chorych, u których nie jest zalecane stosowanie schematów chemioterapii zawierających fludarabinę,</i> <i>b) przewlekłej białaczki limfocytowej - leczenie II i następnych linii u chorych w stanie ogólnym 2 lub lepszym wg skali WHO, opornych na wcześniej zastosowane leczenie, które nie obejmowało bendamustyny.</i>

Załącznik C.68.

**ACIDUM ZOLEDRONICUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>ZAKRES WSKAZAŃ OBJĘTYCH REFUNDACJĄ</b>
1	ACIDUM ZOLEDRONICUM	WE WSZYSTKICH ZAREJESTROWANYCH WSKAZANIACH NA DZIEŃ WYDANIA DECYZJI

Załącznik C.68.b.

**ACIDUM ZOLEDRONICUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	ACIDUM ZOLEDRONICUM	C.50.	NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY PIERSI <i>uzupełniające leczenie pooperacyjne kwasem zoledronowym chorych na raka piersi po menopauzie</i>

Załącznik C.69.a.

## AZACITIDINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	AZACITIDINUM	D46	ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
2	AZACITIDINUM	D46.0	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ BEZ SYDEROBLASTÓW o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
3	AZACITIDINUM	D46.1	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z SYDEROBLASTAMI o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów, niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
4	AZACITIDINUM	D46.2	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
5	AZACITIDINUM	D46.3	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ Z NADMIAREM BLASTÓW Z TRANSFORMACJĄ o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
6	AZACITIDINUM	D46.4	OPORNA NIEDOKRWISTOŚĆ, NIEOKREŚLONA o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
7	AZACITIDINUM	D46.7	INNE ZESPOŁY MIELODYSPLASTYCZNE o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
8	AZACITIDINUM	D46.9	ZESPÓŁ MIELODYSPLASTYCZNY, NIEOKREŚLONY o pośrednim-2 i wysokim ryzyku, zgodnie z Międzynarodowym Punktowym Systemem Rokowniczym (IPSS), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.
9	AZACITIDINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA (AML) z 20-30% blastów i wieloliniową dysplazją, zgodnie z klasyfikacją Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.



<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
10	AZACITIDINUM	C93.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA MIELOMONOCYTOWA (CMML) z 10-29% blastów w szpiku, bez choroby mieloproliferacyjnej, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.

Załącznik C.69.b.

**AZACITIDINUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	AZACITIDINUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA (AML) z >30% blastów w szpiku, zgodnie z klasyfikacją WHO, u dorosłych pacjentów niekwalifikujących się do przeszczepienia krwiotwórczych komórek macierzystych.

Załącznik C.70.a.

**IMATINIBUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>IMATINIBUM</b>	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA <i>z udokumentowaną obecnością genu BCR-ABL lub chromosomu Filadelfia (Ph+)</i>

Załącznik C.70.b.

**IMATINIBUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>IMATINIBUM</b>	C44; C49	ZAAWANSOWANY WŁÓKNIAKOMIĘSAK GUZOWATY SKÓRY <i>w przypadku udokumentowanej obecności rearanżacji chromosomów 17 i 22 w zakresie genów COL1A1/PDGFB</i>

Załącznik C.70.c.

**IMATINIBUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	<b>IMATINIBUM</b>	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>z udokumentowaną obecnością chromosomu Filadelfia (ALL Ph+)</i>

Załącznik C.71.

## PLERIXAFORUM

Jednorazowa mobilizacja macierzystych komórek krwiotwórczych w skojarzeniu z G-CSF u pacjentów w wieku 18 lat i powyżej, u których planowane jest wykonanie autologicznego przeszczepienia macierzystych komórek krwiotwórczych, w przypadku gdy:

- 1) aktualnie prowadzona mobilizacja nie jest skuteczna, tj. pacjent otrzymał właściwe leczenie mobilizacyjne (G-CSF w dawce  $\geq 10 \mu\text{g/kg}$  jeśli stosowany sam lub  $\geq 5 \mu\text{g/kg}$  po chemioterapii) a mimo tego maksymalna liczba komórek CD34+ we krwi obwodowej wynosi mniej niż  $10/\mu\text{l}$  w dniach 4-6 po rozpoczęciu mobilizacji samym G-CSF lub do 20 dni po chemioterapii i G-CSF  
lub
- 2) wcześniejsza mobilizacja zakończyła się niepowodzeniem, tj. w przypadku uzyskania plonu komórek CD34+:
  - a) mniej niż  $2,0 \times 10^6$  komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym pojedynczym przeszczepem  
lub
  - b) mniej niż  $4,0 \times 10^6$  komórek CD34+/kg masy ciała przed planowanym przeszczepem tandemowym,

przy wykorzystaniu do 4 dawek pleryksaforu, we wskazaniach zakwalifikowanych do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	PLERIXAFORUM	C81	CHOROBA HODGKINA
2.	PLERIXAFORUM	C81.0	PRZEWAGA LIMFOCYTÓW
3.	PLERIXAFORUM	C81.1	STWARDNIENIE GUZKOWE
4.	PLERIXAFORUM	C81.2	MIESZANOKOMÓRKOWA
5.	PLERIXAFORUM	C81.3	ZMNIEJSZENIE LIMFOCYTÓW
6.	PLERIXAFORUM	C81.7	INNA CHOROBA HODGKINA

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
7.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C81.9	CHOROBA HODGKINA, NIEOKREŚLONA
8.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
9.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
10.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
11.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C82.2	WIELKOKOMÓRKOWY, GUZKOWY
12.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
13.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
14.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
15.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
16.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
17.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
18.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C83.3	WIELKOKOMÓRKOWY (ROZLANY)
19.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
20.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
21.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
22.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
23.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŚLI DOTYCZY – DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
24.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
25.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
26.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
27.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
28.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
29.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
30.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
31.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
32.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
33.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
34.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
35.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
36.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
37.	<b>PLERIXAFORUM</b>	C90.0	SZPICZAK MNOGI



Załącznik C.72.

**ANAGRELIDUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1.	ANAGRELIDUM	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA <i>z towarzyszącą nadpłytkowością oporną na inne leczenie</i>
2.	ANAGRELIDUM	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU
3.	ANAGRELIDUM	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA

Załącznik C.73.

## NELARABINUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	NELARABINUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>w leczeniu pacjentów z ostrą białaczką limfoblastyczną T-komórkową, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>
2.	NELARABINUM	C83.0	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY Z MAŁYCH KOMÓREK <i>w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>
3.	NELARABINUM	C83.5	CHŁONIAK NIEZIARNICZY ROZLANY LIMFOBLASTYCZNY <i>w leczeniu pacjentów z chłoniakiem limfoblastycznym T-komórkowym, u których nie było reakcji na leczenie lub wystąpiła wznowa po zastosowaniu co najmniej dwóch schematów chemioterapii, kwalifikujących się do przeszczepu macierzystych komórek krwiotwórczych.</i>

Załącznik C.74.

## LEUPRORELINUM

Nowotwory złośliwe zakwalifikowane do poniższych rozpoznań wg ICD-10

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	LEUPRORELINUM	C48.0	PRZESTRZEŃ ZAOTRZEWNOWA <i>w przypadku:</i> <i>agresywnego naczyniakośluzaka (angiomyxoma agressivum) lub mięsaka podścieliskowego macicy</i>
2.	LEUPRORELINUM	C49.4	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA BRZUCHA <i>w przypadku:</i> <i>agresywnego naczyniakośluzaka (angiomyxoma agressivum) lub mięsaka podścieliskowego macicy</i>
3.	LEUPRORELINUM	C49.5	TKANKA ŁĄCZNA I TKANKA MIĘKKA MIEDNICY <i>w przypadku:</i> <i>agresywnego naczyniakośluzaka (angiomyxoma agressivum) lub mięsaka podścieliskowego macicy</i>

Załącznik C.76.

## BORTEZOMIBUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	BORTEZOMIBUM	C88.0	MAKROGLOBULINEMIA WALDENSTRÖMA
2	BORTEZOMIBUM	C88.9	ZŁOŚLIWE CHOROBY IMMUNOPROLIFERACYJNE, NIEOKREŚLONE
3	BORTEZOMIBUM	C90	SZPICZAK MNOGOTNOWNOTWORÓW ZŁOŚLIWE Z KOMÓREK PLAZMATYCZNYCH <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
4	BORTEZOMIBUM	C90.0	SZPICZAK MNOGI <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
5	BORTEZOMIBUM	C90.1	BIAŁACZKA PLAZMATYCZNOKOMORKOWA <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
6	BORTEZOMIBUM	C90.2	POZASZPIKOWA POSTAĆ SZPICZAKA <i>zgodnie z aktualnymi zaleceniami Polskiej Grupy Szpiczakowej</i>
7	BORTEZOMIBUM	E85.8	INNE AMYLOIDOZY
8	BORTEZOMIBUM	E85.9	AMYLOIDOZA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.76.b

**BORTEZOMIBUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	<b>BORTEZOMIBUM</b>	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO <i>w leczeniu dorosłych pacjentów z wcześniej nieleczonym chłoniakiem z komórek płaszczka, którzy nie kwalifikują się do przeszczepienia hematopoetycznych komórek macierzystych</i>

Załącznik C.77.a.

## MITOXANTRONUM

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	MITOXANTRONUM	C82	CHŁONIAK NIEZIARNICZY GUZKOWY (GRUDKOWY)
2	MITOXANTRONUM	C82.0	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK, GUZKOWY
3	MITOXANTRONUM	C82.1	MIESZANY Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) I WIELKICH KOMÓREK, GUZKOWY
4	MITOXANTRONUM	C82.2	WIELKOMÓRKOWY, GUZKOWY
5	MITOXANTRONUM	C82.7	INNE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO GUZKOWEGO
6	MITOXANTRONUM	C82.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
7	MITOXANTRONUM	C83	CHŁONIAKI NIEZIARNICZE ROZLANE
8	MITOXANTRONUM	C83.0	Z MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
9	MITOXANTRONUM	C83.1	Z MAŁYCH WPUKLONYCH (SZCZELINOWATYCH = CLEAVED) KOMÓREK (ROZLANY)
10	MITOXANTRONUM	C83.2	MIESZANY Z DUŻYCH I MAŁYCH KOMÓREK (ROZLANY)
11	MITOXANTRONUM	C83.3	WIELKOMÓRKOWY (ROZLANY)
12	MITOXANTRONUM	C83.4	IMMUNOBLASTYCZNY (ROZLANY)
13	MITOXANTRONUM	C83.5	LIMFOBLASTYCZNY (ROZLANY)
14	MITOXANTRONUM	C83.6	NIEZRÓŻNICOWANY (ROZLANY)
15	MITOXANTRONUM	C83.7	GUZ (CHŁONIAK) BURKITTA
16	MITOXANTRONUM	C83.8	INNE POSTACIE ROZLANYCH CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
17	MITOXANTRONUM	C83.9	ROZLANY CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
18	MITOXANTRONUM	C84	OBWODOWY I SKÓRNY CHŁONIAK Z KOMÓREK T

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
19	MITOXANTRONUM	C84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
20	MITOXANTRONUM	C84.1	CHOROBA SEZARY' EGO
21	MITOXANTRONUM	C84.2	CHŁONIAK STREFY T
22	MITOXANTRONUM	C84.3	CHŁONIAK LIMFOEPITELIOIDALNY
23	MITOXANTRONUM	C84.4	OBWODOWY CHŁONIAK Z KOMÓREK T
24	MITOXANTRONUM	C84.5	INNE I NIEOKREŚLONE CHŁONIAKI T
25	MITOXANTRONUM	C85	INNE I NIEOKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKÓW NIEZIARNICZYCH
26	MITOXANTRONUM	C85.0	MIĘSAK LIMFATYCZNY
27	MITOXANTRONUM	C85.1	CHŁONIAK Z KOMÓREK B, NIEOKREŚLONY
28	MITOXANTRONUM	C85.7	INNE OKREŚLONE POSTACIE CHŁONIAKA NIEZIARNICZEGO
29	MITOXANTRONUM	C85.9	CHŁONIAK NIEZIARNICZY, NIEOKREŚLONY
30	MITOXANTRONUM	C92	BIAŁACZKA SZPIKOWA
31	MITOXANTRONUM	C92.0	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
32	MITOXANTRONUM	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA
33	MITOXANTRONUM	C92.2	PODOSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWA
34	MITOXANTRONUM	C92.3	MIĘSAK SZPIKOWY
35	MITOXANTRONUM	C92.4	OSTRA BIAŁACZKA PROMIELOCYTOWA
36	MITOXANTRONUM	C92.5	OSTRA BIAŁACZKA SZPIKOWO-MONOCYTOWA
37	MITOXANTRONUM	C92.7	INNA BIAŁACZKA SZPIKOWA
38	MITOXANTRONUM	C92.9	BIAŁACZKA SZPIKOWA, NIEOKREŚLONA

Załącznik C.77.b.

**MITOXANTRONUM**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	MITOXANTRONUM	C91.0	OSTRA BIAŁACZKA LIMFOBLASTYCZNA <i>Leczenie wznowy ostrej białaczki limfoblastycznej w populacji pediatrycznej zarówno w grupie standardowego ryzyka (SR) jak i wysokiego ryzyka (HR). Zalecana dawka: 10 mg/m<sup>2</sup> powierzchni ciała podawane dożylnie przez dwa kolejne dni</i>



Załącznik C.79.a.

## PEGINTERERONUM ALFA-2A

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1	PEGINTERERONUM ALFA-2A	C92.1	PRZEWLEKŁA BIAŁACZKA SZPIKOWA w przypadku: – kobiet w ciąży wymagających leczenia cytoredukcyjnego
2	PEGINTERERONUM ALFA-2A	D45	CZERWIENICA PRAWDZIWA w przypadku: – pacjentów którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych wysokiego ryzyka ze wskazaniami do leczenia cytoredukcyjnego – kobiet w ciąży z czerwienicą prawdziwą wymagających leczenia cytoredukcyjnego
3	PEGINTERERONUM ALFA-2A	D47.1	PRZEWLEKŁA CHOROBA UKŁADU WYTWÓRCZEGO SZPIKU w przypadku: – pacjentów chorych na pierwotne i wtórne zwłóknienie szpiku, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – chorych na mielofibrozę niskiego ryzyka – młodych chorych wysokiego ryzyka, u których nie można zastosować ruksolitynibu lub ruksolitynib jest w niedostępnym w ośrodku – kobiet w ciąży z mielofibrozą wymagających leczenia cytoredukcyjnego
4	PEGINTERERONUM ALFA-2A	D75.2	NADPŁYTKOWOŚĆ SAMOISTNA w przypadku: – pacjentów, którzy nie odpowiadają na leczenie hydroksymocznikiem lub mają objawy niepożądane – młodych chorych na nadpłytkowość samoistną wysokiego ryzyka – kobiet w ciąży z nadpłytkowością samoistną wymagających leczenia cytoredukcyjnego

Załącznik C.79.b.

**PEGINTERERONUM ALFA-2A**

<b>Lp.</b>	<b>NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA</b>	<b>KOD ICD-10</b>	<b>NAZWA ICD-10</b>
1	PEGINTERERONUM ALFA-2A	C.84.0	ZIARNINIAK GRZYBIASTY
2	PEGINTERERONUM ALFA-2A	C.84.1	CHOROBA SÉZARY'EGO

**GEFITYNIBUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	<b>GEFITYNIBUM</b>	C34	<p>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA</p> <p><i>W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:</i></p> <p>a) w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzy z niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),</p> <p>b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS),</p> <p>c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,</p> <p>d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),</p> <p>e) z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej),</p> <p>f) z nieobecnością przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz z nieobecnością istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem leczenia,</p> <p>g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,</p> <p>h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.</p> <p>Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.</p>

**ERLOTINIBUM**

Lp.	NAZWA SUBSTANCJI CZYNNEJ ORAZ, JEŻELI DOTYCZY- DROGA PODANIA	KOD ICD-10	NAZWA ICD-10
1.	<b>ERLOTINIBUM</b>	C34	<p>NOWOTWÓR ZŁOŚLIWY OSKRZELA I PŁUCA</p> <p><i>W leczeniu dorosłych pacjentów chorych na niedrobnokomórkowego raka płuca:</i></p> <p>a) w terapii pierwszej linii leczenia (chorzy wcześniej nie poddawani systemowemu leczeniu z powodu zaawansowanego nowotworu) albo drugiej linii leczenia (chorzyz niepowodzeniem wcześniejszej chemioterapii wielolekowej z udziałem pochodnych platyny lub monoterapii stosowanej z powodu zaawansowanego nowotworu),</p> <p>b) z rozpoznaniem histologicznym lub cytologicznym raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego z przewagą raka gruczołowego lub raka wielkomórkowego, lub raka niedrobnokomórkowego bez ustalonego podtypu (ang. not otherwise specified - NOS),</p> <p>c) z obecnością mutacji aktywującej w genie EGFR kodującym receptor naskórkowego czynnika wzrostu (ang. epidermal growth factor receptor - EGFR) potwierdzoną z wykorzystaniem zwalidowanego testu wykonywanego w laboratorium posiadającym aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości dla danego testu,</p> <p>d) z zaawansowaniem miejscowym (stopień III - z wyjątkiem sytuacji, w których możliwe jest zastosowanie radiochemioterapii, radioterapii lub chirurgicznego leczenia) lub uogólnieniem (stopień IV),</p> <p>e) z obecnością zmian możliwych do zmierzenia w celu przeprowadzenia obiektywnej oceny odpowiedzi w badaniach obrazowych z zastosowaniem kryteriów oceny systemu RECIST 1.1 (ang. response evaluation criteria in solid tumours) lub obecność policzalnych zmian niemierzalnych (w celu monitorowania skuteczności leczenia wykonuje się, co 3 miesiące badanie TK klatki piersiowej z objęciem nadbrzusza oraz inne badania obrazowe konieczne do oceny zmian według kryteriów RECIST 1.1. w zależności od sytuacji klinicznej),</p> <p>f) z nieobecnością przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym lub cech progresji przerzutów w ośrodkowym układzie nerwowym u chorych po wcześniejszym leczeniu miejscowym (leczenie chirurgiczne lub radioterapia) oraz z nieobecnością istotnych klinicznie objawów neurologicznych i potrzeby zwiększania dawki glikokortykosteroidów w ciągu ostatniego miesiąca przed rozpoczęciem leczenia,</p> <p>g) z nieobecnością przeciwwskazań do stosowania określonych w Charakterystyce Produktu Leczniczego,</p> <p>h) z wykluczeniem jednoczesnego stosowania chemioterapii oraz innych leków ukierunkowanych molekularnie.</p> <p>Kryteria wskazane w punktach a, b, c, d, e, f, g oraz h muszą być spełnione łącznie.</p>

D. Leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43a ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acebutololi hydrochloridum	Acebutolol Aurovitas, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909991370916
2	Acebutololi hydrochloridum	Acebutolol Aurovitas, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909991370954
3	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 200 mg	30 szt.	05909990109920
4	Acebutololum	Acebutolol Gedeon Richter, tabl. powł., 400 mg	30 szt.	05909990110018
5	Acenocoumarolum	Acenocoumarol WZF, tabl., 4 mg	60 szt.	05909990055715
6	Acidum alendronicum	Alendran 70, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990072156
7	Acidum alendronicum	Alendrogen, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990623112
8	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish, tabl., 70 mg	4 szt.	05909990737673
9	Acidum alendronicum	Alendronic Acid Genoptim, tabl., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909990675302
10	Acidum alendronicum	Ostemax 70 comfort, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991081713
11	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	4 szt.	05909991087418
12	Acidum alendronicum	Ostenil 70, tabl., 70 mg	6 szt.	05909991087425
13	Acidum alendronicum	Ostolek, tabl. powł., 70 mg	4 szt. (1 blist.po 4 szt.)	05909991032517
14	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 15 mg	30 szt.	05909990109319
15	Acidum folicum	Acidum folicum Richter, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990109210
16	Alfuzosini hydrochloridum	Alfuzostad 10 mg, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909990619580
17	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz SR 5, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	20 szt.	05909990812714
18	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991288457
19	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991392055
20	Alfuzosini hydrochloridum	Dalfaz Uno, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (blister)	05909990837816
21	Alfuzosinum	Alfabax, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990746576
22	Alfuzosinum	Alfurion, tabl. o przedl. uwalnianiu, 10 mg	30 szt.	05909991291945
23	Amantadini hydrochloridum	Viregyt-K, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990320912
24	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid mite, tabl., 2,5+25 mg	50 tabl.	05909990373819
25	Amiloridi hydrochloridum + Hydrochlorothiazidum	Tialorid, tabl., 5+50 mg	50 tabl.	05909990206025
26	Amiodaroni hydrochloridum	Opacorden, tabl. powł., 200 mg	60 szt.	05909990086818
27	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991322885
28	Amlodipini besilas	ApoAmlo, tabl., 5 mg	30 tabl.	05909991322816
29	Amlodipinum	Adipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990642267
30	Amlodipinum	Adipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990642311
31	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991099022
32	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991226909
33	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991226916
34	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991436636

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
35	Amlodipinum	Agen 10, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.)	05909991067540
36	Amlodipinum	Agen 10, tabletki, 10 mg	30 tabl.	05909991302184
37	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991098926
38	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991295233
39	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991436759
40	Amlodipinum	Agen 5, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt. lub 4 blist.po 15 szt.)	05909991067533
41	Amlodipinum	Agen 5, tabletki, 5 mg	30 tabl.	05909991295226
42	Amlodipinum	Aldan, tabl., 10 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008734
43	Amlodipinum	Aldan, tabl., 5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909991008635
44	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991068073
45	Amlodipinum	Alneta, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991068097
46	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991067977
47	Amlodipinum	Alneta, tabl., 5 mg	60 szt.	05909991067991
48	Amlodipinum	Amlodipine Aurobindo, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990955008
49	Amlodipinum	Amlodipine Aurobindo, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990954254
50	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990800551
51	Amlodipinum	Amlodipine Bluefish, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990800469
52	Amlodipinum	Amlodipine Orion, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991392079
53	Amlodipinum	Amlodipine Orion, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991392062
54	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990842698
55	Amlodipinum	Amlomyl, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990842476
56	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991312343
57	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991361020
58	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990048977
59	Amlodipinum	Amlopin 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909997213699
60	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991312244
61	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991361013
62	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990048939
63	Amlodipinum	Amlopin 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909997213675
64	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990799817
65	Amlodipinum	Amlozek, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990799718
66	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990907519
67	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990907311
68	Amlodipinum	Cardilopin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990907410
69	Amlodipinum	Finamlox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990794461
70	Amlodipinum	Finamlox, tabl., 5 mg	30 tabl.	05909990794430
71	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990993116

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
72	Amlodipinum	Normodipine, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990993017
73	Amlodipinum	Tenox, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990963119
74	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990963010
75	Amlodipinum	Tenox, tabl., 5 mg	90 szt.	05909990421824
76	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991283797
77	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991042912
78	Amlodipinum	Vilpin, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990621217
79	Amlodipinum	Vilpin, tabletki, 10 mg	28 tabl.	05909991312374
80	Amlodipinum	Vilpin, tabletki, 5 mg	28 tabl.	05909991312367
81	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05909991342920
82	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05909991342838
83	Amlodipinum + Valsartanum	Avasart Plus, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05909991342746
84	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	28 szt.	05907626708288
85	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 10+160 mg	56 szt.	05907626709384
86	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	28 szt.	05907626708257
87	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+160 mg	56 szt.	05907626709377
88	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	28 szt.	05907626708226
89	Amlodipinum + Valsartanum	Dipperam, tabl. powł., 5+80 mg	56 szt.	05907626709360
90	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	07613421033347
91	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Dipperam HCT, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	07613421033330
92	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708610
93	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 10 + 160 + 25 mg	28 szt.	03838989708634
94	Amlodipinum + Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtricom, tabl. powł., 5 + 160 + 12,5 mg	28 szt.	03838989708627
95	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990861040
96	Apixabanum	Eliquis, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909991019396
97	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991124618
98	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907695215137
99	Atorvastatin	Atrox 10, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05907695215359
100	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991124717
101	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05907695215144
102	Atorvastatin	Atrox 20, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05907695215366
103	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991124816
104	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05907695215151
105	Atorvastatin	Atrox 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05907695215373
106	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990787586
107	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990787609
108	Atorvastatinum	Apo-Atorva, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990787647

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
109	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990991815
110	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990336647
111	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990991914
112	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909991013806
113	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990419173
114	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990885282
115	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909990885299
116	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990623464
117	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990623471
118	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 40 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990623488
119	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909990885336
120	Atorvastatinum	Atoris, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990885374
121	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990938926
122	Atorvastatinum	Atorvagen, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990938995
123	Atorvastatinum	Atorvagen, tabletki powlekane, 20 mg	28 tabl.	05909991385699
124	Atorvastatinum	Atorvagen, tabletki powlekane, 40 mg	28 tabl.	05909991385675
125	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	30 tabl.	05909991321611
126	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05909991321659
127	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 40 mg	30 tabl.	05909991321710
128	Atorvastatinum	Atorvastatin Aurovitas, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	05909991321758
129	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382896
130	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991382902
131	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	07311920002252
132	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991382919
133	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991382926
134	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	07311920002276
135	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	07311920002269
136	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991382933
137	Atorvastatinum	Atorvastatin Bluefish AB, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991382940
138	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990900053
139	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990899920
140	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990899951
141	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990899975
142	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990900275
143	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	60 szt.	05909990900305
144	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990900336
145	Atorvastatinum	Atorvastatin Genoptim, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990900459



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
146	Atorvastatinum	Atorvastatin Vitama, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991201050
147	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990077847
148	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990077939
149	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078028
150	Atorvastatinum	Atorvasterol, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991041298
151	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990573400
152	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990573530
153	Atorvastatinum	Atorvox, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990573547
154	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990078141
155	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990078264
156	Atorvastatinum	Atractin, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990078356
157	Atorvastatinum	Atrox, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991011383
158	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990905508
159	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990905638
160	Atorvastatinum	Lambrinex, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990905782
161	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg	60 tabl.	05909990905539
162	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 10 mg	90 tabl.	05909990905553
163	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg	60 tabl.	05909990905652
164	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05909990905676
165	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg	60 tabl.	05909990905805
166	Atorvastatinum	Lambrinex, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	05909990905867
167	Atorvastatinum	Larus, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990078707
168	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991042097
169	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991042103
170	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991415976
171	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909991042134
172	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991419042
173	Atorvastatinum	Storvas CRT, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909991042141
174	Atorvastatinum	Torvacard 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990338290
175	Atorvastatinum	Torvacard 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990338368
176	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990338436
177	Atorvastatinum	Torvacard 40, tabl. powł., 40 mg	90 szt.	05909990338443
178	Atorvastatinum	Torvacard, tabl. powł., 80 mg	30 tabl.	05909990957071
179	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990053179
180	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990053230
181	Atorvastatinum	Torvalipin, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990053278
182	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990810161

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
183	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	60 tabl.	05909990810178
184	Atorvastatinum	Tulip 40 mg, tabl. powł., 40 mg	90 tabl.	05909990810185
185	Atorvastatinum	Tulip 80 mg, tabl. powł., 80 mg	30 szt.	05909990810208
186	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990998814
187	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909990998821
188	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990998838
189	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990998913
190	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	60 szt.	05909990998920
191	Atorvastatinum	Tulip, tabl. powł., 20 mg	90 szt.	05909990998937
192	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909991403911
193	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 30 mg	60 szt.	05909991403935
194	Atorvastatinum calcicum trihydricum	Apo-Atorva, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991403997
195	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras + Glycopyrronii bromidum	Trimbow, aerozol inh., roztwór, 87+5+11 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. a 180 daw.	08025153008156
196	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152
197	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909991245696
198	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990118915
199	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990119011
200	Benazeprili hydrochloridum	Lotensin, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990118816
201	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	10 ml	05909990186525
202	Betaxololum	Betoptic S, krople do oczu, zawiesina, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990186518
203	Betaxololum	Optibetol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml (but.)	05909990925513
204	Bimatoprostum	Bimaro, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka 3 ml	05909991105594
205	Bimatoprostum	Bimaro, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki 3 ml	05909991105600
206	Bimatoprostum	Bimatoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991285708
207	Bimatoprostum	Bimatoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05907553017644
208	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991097066
209	Bimatoprostum	Bimican, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991097073
210	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991335663
211	Bimatoprostum	Bimifree, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991335670
212	Bimatoprostum	Lumigan, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990008469
213	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	1 butelka po 3 ml	05909991310769
214	Bimatoprostum	Vizibim, krople do oczu, roztwór, 0,3 mg/ml	3 butelki po 3 ml	05909991310776
215	Bimatoprostum + Timololum	Bimaro Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991376772
216	Bimatoprostum + Timololum	Bimaro Duo, krople do oczu, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991376789
217	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909991422356
218	Bimatoprostum + Timololum	Bimifree Combi, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	3 but.po 3 ml	05909991422363

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
219	Bimatoprostum + Timololum	Ganfort, krople do oczu, roztwór, 0,3+5 mg/ml	1 but.po 3 ml	05909990574315
220	Bisoprolol fumarate	Corectin 10, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991066529
221	Bisoprolol fumarate	Corectin 5, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991066420
222	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991015114
223	Bisoprololi fumaras	Bisoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991015015
224	Bisoprololi fumaras	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990633852
225	Bisoprololi fumaras	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990633791
226	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991097523
227	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05909991097554
228	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991097400
229	Bisoprololi fumaras	Sobycor, tabl. powł., 5 mg	60 szt.	05909991097448
230	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	60 tabl.	05909991197049
231	Bisoprololum	Bicardef 10 mg, tabl. powł., 10 mg	90 tabl.	05909991197056
232	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	60 tabl.	05909991197070
233	Bisoprololum	Bicardef 5 mg, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991197063
234	Bisoprololum	Bisoprolol VP, tabletki, 10 mg	30 tabl.	05909991152017
235	Bisoprololum	Bisoprolol VP, tabletki, 5 mg	30 tabl.	05909991151911
236	Bisoprololum	Coronal 10, tabl. powł., 10 mg	60 tabl.	05909990633869
237	Bisoprololum	Coronal 5, tabl. powł., 5 mg	60 tabl.	05909990633807
238	Brimonidini tartras	Alphagan, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml	05909990865024
239	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990874194
240	Brimonidini tartras	Biprolast, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 but.po 5 ml	05906414000900
241	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991379483
242	Brimonidini tartras	Briglau Free, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991379490
243	Brimonidini tartras	Luxfen, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 but. 5 ml	05909990677733
244	Brimonidini tartras	Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05907553017897
245	Brimonidini tartras + Timololum	Combigan, krople do oczu, roztwór, 2+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990570546
246	Brimonidinum	Briglau PPH, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	5 ml (but.)	05909990974641
247	Brimonidinum	Oculobrim, krople do oczu, roztwór, 2 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991304751
248	Brinzolamidum	Azopt, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990869114
249	Brinzolamidum	Brinzolamide Genoptim, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991250386
250	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991223571
251	Brinzolamidum	Optilamid, krople do oczu, zawiesina, 10 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991223588
252	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137
253	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
254	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
255	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
256	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
257	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
258	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354
259	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323
260	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
261	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
262	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082
263	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
264	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986
265	Budesonidum	Budaiir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
266	Budesonidum	Budaiir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
267	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002515
268	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
269	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
270	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 200 µg	60 szt.	05909990926213
271	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 400 µg	60 szt.	05909990926312
272	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
273	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
274	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
275	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
276	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412
277	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
278	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
279	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335183
280	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335190
281	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
282	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
283	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
284	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
285	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
286	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
287	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
288	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05000456011648
289	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
290	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
291	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05902023776304
292	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990073603

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
293	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997201450
294	Buspironi hydrochloridum	Spamilan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990073597
295	Buspironum	Spamilan, tabl., 10 mg	60 szt.	05909997213538
296	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991433109
297	Candesartanum cilexetili	Candepres, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991453398
298	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991453329
299	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991454883
300	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991455057
301	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909990937196
302	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991453336
303	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991454890
304	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991455064
305	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991453367
306	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991454777
307	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991455118
308	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 32 mg	30 szt.	05909991448912
309	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabl., 8 mg	56 szt.	05909990937103
310	Candesartanum cilexetili	Carzap, tabletki, 32 mg	30 szt.	05909991438876
311	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990962945
312	Candesartanum cilexetili	Kandesar, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990962839
313	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990772193
314	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	28 szt.	05909991392475
315	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 16 mg	56 szt.	05909991392482
316	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 32 mg	28 szt.	05909991395100
317	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990772162
318	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	28 szt.	05909991390242
319	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabl., 8 mg	56 szt.	05909991390259
320	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabletki, 16 mg	28 szt.	05909991389468
321	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabletki, 16 mg	56 szt.	05909991389475
322	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabletki, 32 mg	28 szt.	05909991389512
323	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabletki, 8 mg	28 szt.	05909991389420
324	Candesartanum cilexetili	Karbis, tabletki, 8 mg	56 szt.	05909991389437
325	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 16 mg	28 szt.	05909990801350
326	Candesartanum cilexetili	Ranacand, tabl., 8 mg	28 szt.	05909990801367
327	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	30 szt.	05909991450014
328	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991421649
329	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990957279

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
330	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991421656
331	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990957194
332	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991432300
333	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991455361
334	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909991455378
335	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991432324
336	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+12,5 mg	30 szt.	05909991436667
337	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991428112
338	Candesartanum cilexetili + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 32+25 mg	30 szt.	05909991434977
339	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 16 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990739653
340	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 32 mg	28 szt.	05909990739707
341	Candesartanum cilexetilum	Candepres, tabl., 8 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990739592
342	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 16 mg	28 tabl.	05909990937172
343	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990937264
344	Candesartanum cilexetilum	Carzap, tabl., 8 mg	28 tabl.	05909990937080
345	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 16 mg	56 tabl.	05909990772209
346	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 32 mg	28 tabl.	05909990772230
347	Candesartanum cilexetilum	Karbis, tabl., 8 mg	56 tabl.	05909990772179
348	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990800629
349	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909991063702
350	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 32+25 mg	28 szt.	05909991064051
351	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Candepres HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990800360
352	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990957255
353	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909991415907
354	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990957170
355	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+12,5 mg	28 tabl.	05909991057596
356	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Carzap HCT, tabletki, 32+25 mg	28 tabl.	05909991058609
357	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 16+12,5 mg	56 szt.	05909990865185
358	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+12,5 mg	28 szt.	05909990865222
359	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 32+25 mg	28 szt.	05909990865260
360	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl. powl., 8+12,5 mg	56 szt.	05909990865147
361	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	28 szt.	05909990865178
362	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 16+12,5 mg	84 szt.	05909991136840
363	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	28 szt.	05909990865130
364	Candesartanum cilexetilum + Hydrochlorothiazidum	Karbicombi, tabl., 8+12,5 mg	84 szt.	05909991136833
365	Carvedilolum	Atram 12,5, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990570430
366	Carvedilolum	Atram 25, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990570409

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
367	Carvedilolum	Atram 6,25, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990570454
368	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 12,5 mg	30 szt.	05909990074099
369	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 25 mg	30 szt.	05909990074129
370	Carvedilolum	Avedol, tabl. powł., 6,25 mg	30 szt.	05909990074051
371	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990727148
372	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990727193
373	Carvedilolum	Carvedilol-ratiopharm, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990727100
374	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909991017019
375	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991017118
376	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909991016814
377	Carvedilolum	Carvetrend, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909991016913
378	Carvedilolum	Coryol 12,5 mg, tabl., 12,5 mg	30 szt.	05909990216505
379	Carvedilolum	Coryol 25 mg, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990216567
380	Carvedilolum	Coryol 3,125 mg, tabl., 3,125 mg	30 szt.	05909990216604
381	Carvedilolum	Coryol, tabl., 6,25 mg	30 szt.	05909990983315
382	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687909
383	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 12,5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687930
384	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687862
385	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687879
386	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990687886
387	Carvedilolum	Vivacor, tabl., 6,25 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990687893
388	Chloroquinum	Arechin, tabl., 250 mg	30 tabl.	05909991139582
389	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
390	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218530
391	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
392	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218523
393	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990678648
394	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909990678655
395	Cilazaprilum	Cazaprol, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990678679
396	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 1 mg	30 szt.	05909990066667
397	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990066780
398	Cilazaprilum	Cilan, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990066803
399	Ciprofibratum	Lipanor, kaps., 100 mg	30 szt.	05909990376612
400	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 0,5 mg	30 szt.	05909990135615
401	Clonazepamum	Clonazepamum TZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990135516
402	Clopidamidum	Clopidamid VP, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990141012
403	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990754748

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
404	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991251949
405	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991271602
406	Clopidogrelum	Agregex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991397005
407	Clopidogrelum	Areplex, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991167011
408	Clopidogrelum	Clopidix, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990625826
409	Clopidogrelum	Clopidogrel Bluefish, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990768141
410	Clopidogrelum	Clopidogrel KRKA, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991029388
411	Clopidogrelum	Grepid, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990727667
412	Clopidogrelum	Pegorel, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990793730
413	Clopidogrelum	Plavocorin, tabl. powł., 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990762729
414	Clopidogrelum	Vixam, tabl., 75 mg	30 szt.	05909990866533
415	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05901878600475
416	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05903792743382
417	Clopidogrelum	Zyllt, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909991109219
418	Cyanocobalaminum (vit. B12)	Vitaminum B12 WZF, roztwór do wstrzykiwań, 500 µg/ml	5 amp.po 2 ml	05909990244010
419	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108
420	Dabigatranum etexilatam	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	10 szt.	05909990641253
421	Dabigatranum etexilatam	Pradaxa, kaps. twarde, 110 mg	30 szt.	05909990641260
422	Dabigatranum etexilatam	Pradaxa, kaps. twarde, 150 mg	30 szt.	05909990887453
423	Dabigatranum etexilatam	Pradaxa, kaps. twarde, 75 mg	30 szt.	05909990641222
424	Denosumabum	Prolia, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/1 ml	1 amp.-strz.po 1 ml	05909990761647
425	Dinatrii pamidronas	Pamifos-30, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 30 mg	2 fiol. z prosz.po 30 mg + 2 amp.po 10 ml	05909990661671
426	Dinatrii pamidronas	Pamifos-60, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 60 mg	1 fiol. z prosz.po 60 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661688
427	Dinatrii pamidronas	Pamifos-90, proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji, 90 mg	1 fiol. z prosz.po 90 mg + 1 amp.po 10 ml	05909990661695
428	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991024413
429	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909991024420
430	Donepezil hydrochloride	Cogiton 10, tabl. powł., 10 mg	84 szt.	05907695215380
431	Donepezil hydrochloride	Cogiton 5, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991024314
432	Donepezili hydrochloridum	Apo-Doperil, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990770038
433	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990689873
434	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991464141
435	Donepezili hydrochloridum	Donecept, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990689781
436	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990683666
437	Donepezili hydrochloridum	Donectil, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990683581
438	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991056018
439	Donepezili hydrochloridum	Donepex, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991055912



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
440	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Polfarmex, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990877669
441	Donepezili hydrochloridum	Donepezil Polfarmex, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990877553
442	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990657360
443	Donepezili hydrochloridum	Donesyn, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990657353
444	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991403560
445	Donepezili hydrochloridum	Memorion, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991398842
446	Donepezili hydrochloridum	Symepezil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991275778
447	Donepezili hydrochloridum	Symepezil, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991275747
448	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990993314
449	Donepezili hydrochloridum	Yasnal, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990993215
450	Donepezilum	Apo-Doperil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990770045
451	Donepezilum	Apo-Doperil, tabl. powł., 10 mg	98 szt.	05902020661474
452	Donepezilum	Donectil ODT, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	30 szt.	05909990851492
453	Donepezilum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990814138
454	Donepezilum	Donepezil Bluefish, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990814077
455	Donepezilum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990798940
456	Donepezilum	Ricordo, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990798933
457	Donepezilum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 10 mg	28 szt.	05909990850204
458	Donepezilum	Yasnal Q-Tab, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 5 mg	28 szt.	05909990850075
459	Dorzolamidum	Dorzoma Mono, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991234904
460	Dorzolamidum	Dropzol, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.	05909990838325
461	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 butelka 5 ml	05909991344306
462	Dorzolamidum	Nodofree, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki 5 ml	05909991344313
463	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990942855
464	Dorzolamidum	Nodom, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05900257101015
465	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990643929
466	Dorzolamidum	Rozalin, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	3 x 5 ml	05906414000962
467	Dorzolamidum	Trusopt, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990661329
468	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991310936
469	Dorzolamidum	Vizidor, krople do oczu, 20 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991310943
470	Dorzolamidum + Timololum	Cosopt, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990442423
471	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but. po 5 ml	05909991340674
472	Dorzolamidum + Timololum	Nodofree Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but. po 5 ml	05909991340681
473	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909991067267
474	Dorzolamidum + Timololum	Nodom Combi, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 but.po 5 ml	05909991067274
475	Dorzolamidum + Timololum	Ofidiorix, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	5 ml	05909990866144
476	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990746705

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
477	Dorzolamidum + Timololum	Rozacom, krople do oczu, roztwór, 20+5 mg/ml	3 x 5 ml w butelce	05906414000955
478	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	1 butelka po 5 ml	05909991311049
479	Dorzolamidum + Timololum	Vizidor Duo, krople do oczu, 20 + 5 mg/ml	3 butelki po 5 ml	05909991311056
480	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 2 mg	30 tabl.	05909990901890
481	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	30 tabl.	05909990902255
482	Doxazosinum	Adadox, tabletki, 4 mg	90 tabl.	05909990902293
483	Doxazosinum	Apo-Doxan 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990969517
484	Doxazosinum	Apo-Doxan 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990969616
485	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990969715
486	Doxazosinum	Apo-Doxan 4, tabl., 4 mg	60 szt.	05909991271367
487	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990431410
488	Doxazosinum	Cardura XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 8 mg	30 szt.	05909990431519
489	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990790951
490	Doxazosinum	Doxalong / Doxar XL, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	90 szt.	05909990884582
491	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990854318
492	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990854417
493	Doxazosinum	Doxanorm, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990854516
494	Doxazosinum	Doxar, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990484911
495	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991276492
496	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	28 szt.	05909991298043
497	Doxazosinum	Doxar, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990485017
498	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	120 szt.	05908289660289
499	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	05909991276508
500	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	28 szt.	05909991298050
501	Doxazosinum	Doxar, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990485116
502	Doxazosinum	Doxar, tabletki, 4 mg	28 szt.	05909991376475
503	Doxazosinum	Doxar, tabletki, 4 mg	28 tabl.	05909991325626
504	Doxazosinum	Doxazosin Genoptim, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991288945
505	Doxazosinum	Doxazosin XR Genoptim, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990066797
506	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991149611
507	Doxazosinum	Doxonex, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991149710
508	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 2 mg	30 szt.	05909991320737
509	Doxazosinum	Doxorion, tabletki, 4 mg	30 szt.	05909991320751
510	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	30 szt.	05901720140005
511	Doxazosinum	Dozox, tabl., 4 mg	90 szt.	05901720140012
512	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	30 szt.	05909990022571
513	Doxazosinum	Kamiren XL, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 4 mg	60 szt.	05909991013820

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
514	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990491315
515	Doxazosinum	Kamiren, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990491414
516	Doxazosinum	Zoxon 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990903320
517	Doxazosinum	Zoxon 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990903429
518	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990903511
519	Doxazosinum	Zoxon 4, tabl., 4 mg	90 szt.	0590999080267
520	Enalaprii maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990015030
521	Enalaprii maleas	Enarenal, tabl., 10 mg	60 szt.	05909990015054
522	Enalaprii maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990020836
523	Enalaprii maleas	Enarenal, tabl., 20 mg	60 szt.	05909990020829
524	Enalaprii maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990014934
525	Enalaprii maleas	Enarenal, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990014958
526	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
527	Enoxaparinum natricum	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
528	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
529	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
530	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
531	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
532	Enoxaparinum natricum	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026
533	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
534	Enoxaparinum natricum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
535	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
536	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
537	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
538	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
539	Enoxaparinum natricum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
540	Ezetimibum	Esetin, tabletki, 10 mg	30 tabl.	05909991388669
541	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402303
542	Ezetimibum	Etibax, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991402310
543	Ezetimibum	Ezehron, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991347161
544	Ezetimibum	Ezen, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991096229
545	Ezetimibum	Ezetimibe Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414450
546	Ezetimibum	Ezoleta, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991311407
547	Ezetimibum	Ezolip, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991304416
548	Ezetimibum	Lipegis, tabletki, 10 mg	30 tabl.	05909990996902
549	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	28 szt.	05909990344918
550	Felodipinum	Plendil, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	28 szt.	05909990344819

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
551	Fenofibratum	Apo-Feno 200 M, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990909414
552	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 200 mg	30 szt.	05909990754496
553	Fenofibratum	Biofibrat, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990754526
554	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 160 mg	30 szt. (3 blist.po 10)	05909990713974
555	Fenofibratum	Fenardin, kaps. twarde, 267 mg	30 szt.	05909990611065
556	Fenofibratum	Grofibrat 200, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990492114
557	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsulki twarde, 267 mg	30 kaps.	05907594032309
558	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsulki twarde, 267 mg	60 kaps.	05907594032408
559	Fenofibratum	Grofibrat M, kapsulki twarde, 267 mg	90 kaps.	05907594032507
560	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909991212339
561	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	60 szt.	05907594031500
562	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 160 mg	90 szt.	05907594031609
563	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909991201173
564	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	60 szt.	05907594031708
565	Fenofibratum	Grofibrat S, tabl. powl., 215 mg	90 szt.	05907594031807
566	Fenofibratum	Grofibrat, kaps., 100 mg	50 szt.	05909990109814
567	Fenofibratum	Lipanthyl 200M, kaps., 200 mg	30 szt.	05909990687947
568	Fenofibratum	Lipanthyl 267M, kaps., 267 mg	30 szt.	05909990492817
569	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 160, tabl. powl., 160 mg	30 szt.	05909990903917
570	Fenofibratum	Lipanthyl Supra 215 mg, tabl. powl., 215 mg	30 szt.	05909990431342
571	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
572	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
573	Fenoterolum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
574	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990711949
575	Finasteridum	Adaster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990711987
576	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990055470
577	Finasteridum	Androster, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990906154
578	Finasteridum	Antiprost, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990067770
579	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990048670
580	Finasteridum	Apo-Fina, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990938797
581	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990713127
582	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991222673
583	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909991282288
584	Finasteridum	Finamef, tabl. powl., 5 mg	90 szt.	05909990713141
585	Finasteridum	Finaran, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990082391
586	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	120 szt.	05909991207311
587	Finasteridum	Finaster, tabl. powl., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909991151218

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
588	Finasteridum	Finaster, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909990811045
589	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990055098
590	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg	120 tabl.	05909991284053
591	Finasteridum	Finasterid Stada 5 mg tabletki powlekane, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	05909991289430
592	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991096571
593	Finasteridum	Finasteridum Bluefish, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991096601
594	Finasteridum	Finpros 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017973
595	Finasteridum	Finxta, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990050895
596	Finasteridum	Hyplafin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990017997
597	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990077267
598	Finasteridum	Penester, tabl. powł., 5 mg	90 szt. (6 blist.po 15 szt.)	05909990077274
599	Finasteridum	Proscar, tabl. powł., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990362110
600	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990074105
601	Finasteridum	Symasteride, tabl. powł., 5 mg	90 tabl.	05909991107871
602	Finasteridum	Uronezyr, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991088842
603	Finasteridum	Zasterid, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991053710
604	Fluconazolium	Candifluc/Fluconazolium Aflofam, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991257804
605	Fluconazolium	Fluconazin, syrop, 5 mg/ml	1 but.po 150 ml	05909991097219
606	Fluconazolium	Fluconazole Hasco, syrop, 5 mg/ml	1 but. 150 ml	05909991273798
607	Fluconazolium	Fluconazole Polfarmex, syrop, 5 mg/ml	150 ml (but.)	05909990859511
608	Fluconazolium	Flumycon, syrop, 5 mg/ml	150 ml w butelce	05909990841707
609	Fludrocortisonum	Cortineff, tabl., 100 µg	20 szt.	05904374007885
610	Fluoxetinum	Andepin, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909991065515
611	Fluoxetinum	Bioxetin, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990372317
612	Fluoxetinum	Fluoksetyna EGIS, kaps. twarde, 20 mg	28 szt.	05909990776955
613	Fluoxetinum	Fluoxetin Polpharma, kaps. twarde, 20 mg	30 szt.	05909990770311
614	Fluoxetinum	Fluoxetine Aurovitas, kaps. twarde, 20 mg	30 tabl.	05909991317621
615	Fluoxetinum	Fluxemed, kaps. twarde, 20 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990742509
616	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909990374328
617	Fluoxetinum	Seronil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990374311
618	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
619	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
620	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
621	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
622	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423
623	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416
624	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
625	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515
626	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
627	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771
628	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788
629	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
630	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
631	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
632	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
633	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991442064
634	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
635	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
636	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
637	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
638	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
639	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Comboterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
640	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
641	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
642	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
643	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763
644	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
645	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
646	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 120 dawek	05909991403959
647	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403966
648	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403898
649	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
650	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salflumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
651	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
652	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
653	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
654	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
655	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
656	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
657	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
658	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
659	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
660	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
661	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
662	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 kaps.	05909990938001
663	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 kaps.	05909990938025
664	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991431211
665	Fluvoxamini maleas	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991431167
666	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990347827
667	Fluvoxaminum	Fevarin, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909990347728
668	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990792924
669	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	180 szt.	07613421020934
670	Formoteroli fumaras	Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt. (6 blist.po 10 szt.) + inh.	05909991109523
671	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
672	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990975914
673	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
674	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
675	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
676	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
677	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
678	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 kaps.	05909990849000
679	Formoterolum	Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909991086602
680	Formoterolum	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsulce twardej, 12 µg	120 szt (2 but.po 60 szt.)	05909991218287
681	Formoterolum	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsulce twardej, 12 µg	180 szt (3 but.po 60 szt.)	05909991218294
682	Formoterolum	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 szt.	05909990996681
683	Furaginum/Furazidinum	Furazek, tabletki, 100 mg	30 tabl.	05909991304102
684	Furazidinum	Furaginum Adamed, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990357215
685	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991373238
686	Furazidinum	Furaginum Teva, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990988235
687	Furosemidum	Furosemidum Polfarmex, tabl., 40 mg	30 szt. (3 x 10)	05909990223794
688	Furosemidum	Furosemidum Polpharma, tabl., 40 mg	30 szt.	05909990135028
689	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909991331108
690	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991331153
691	Gabapentinum	Gabapentin Aurovitas, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909991331207
692	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990339495
693	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990339709
694	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909991425340
695	Gabapentinum	Gabapentin Teva, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990339600
696	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909990338542
697	Gabapentinum	Gabapentin Teva, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909990338658
698	Gabapentinum	Neurontin 100, kaps. twarde, 100 mg	100 szt.	05909990769216

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
699	Gabapentinum	Neurontin 300, kaps. twarde, 300 mg	100 szt.	05909990769315
700	Gabapentinum	Neurontin 400, kaps. twarde, 400 mg	100 szt.	05909990769414
701	Gabapentinum	Neurontin 600, tabl. powł., 600 mg	100 szt.	05909991017422
702	Gabapentinum	Neurontin 800, tabl. powł., 800 mg	100 szt.	05909991017521
703	Gentamicinum	Gentamicin WZF 0,3%, krople do oczu, roztwór, 3 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990092413
704	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991267155
705	Gliclazidum	Clazicon, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267162
706	Gliclazidum	Diabrezide, tabl., 80 mg	40 szt.	05909990359912
707	Gliclazidum	Diagen, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991216023
708	Gliclazidum	Diaprel MR, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990443017
709	Gliclazidum	Diazidan, tabl., 80 mg	60 szt.	05909990911127
710	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909990647224
711	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	90 szt.	05909990647231
712	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991056100
713	Gliclazidum	Gliclada, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991056131
714	Gliclazidum	Gliclada, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 90 mg	30 tabl.	05909991267230
715	Gliclazidum	Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	60 tabl.	05909991004002
716	Gliclazidum	Gliclastad, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 30 mg	90 tabl.	05909991004026
717	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991256548
718	Gliclazidum	Glikuron, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991263171
719	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991226299
720	Gliclazidum	Oziclide MR, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 tabl.	05909991226305
721	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 szt.	05909991267186
722	Gliclazidum	Salson, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991267193
723	Gliclazidum	Symazide MR 30, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg	60 szt.	05909991291648
724	Gliclazidum	Symazide MR 60, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	30 tabl.	05909991257392
725	Gliclazidum	Symazide MR 60, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 60 mg	60 szt.	05909991257408
726	Glimepiridum	Amaryl 1, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990744817
727	Glimepiridum	Amaryl 2, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990744916
728	Glimepiridum	Amaryl 3, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990745012
729	Glimepiridum	Amaryl 4, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990745111
730	Glimepiridum	Diaril, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990566082
731	Glimepiridum	Diaril, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990566105
732	Glimepiridum	Diaril, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990566129
733	Glimepiridum	Diaril, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990566143
734	Glimepiridum	Glibetic 1 mg, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991097615
735	Glimepiridum	Glibetic 2 mg, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991097516



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
736	Glimepiridum	Glibetic 3 mg, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991097417
737	Glimepiridum	Glibetic 4 mg, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991097318
738	Glimepiridum	GlimeHexal 1, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337453
739	Glimepiridum	GlimeHexal 2, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990337521
740	Glimepiridum	GlimeHexal 3, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338078
741	Glimepiridum	GlimeHexal 4, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338146
742	Glimepiridum	GlimeHexal 6, tabl., 6 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990338207
743	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991365790
744	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991365868
745	Glimepiridum	Glimepiride Aurovitas, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991365936
746	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 1 mg	30 szt.	05909991075378
747	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 2 mg	30 szt.	05909991075590
748	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 3 mg	30 szt.	05909991075798
749	Glimepiridum	Glimepiride Genoptim, tabl., 4 mg	30 szt.	05909991075996
750	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 1 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085903
751	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 2 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085927
752	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 3 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085934
753	Glimepiridum	Glitoprel, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990085941
754	Glimepiridum	Synglic, tabl., 1 mg	30 szt.	05909990570348
755	Glimepiridum	Synglic, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990570355
756	Glimepiridum	Synglic, tabl., 3 mg	30 szt.	05909990570362
757	Glimepiridum	Synglic, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990573196
758	Glimepiridum	Synglic, tabl., 6 mg	30 szt.	05909990570379
759	Glipizidum	Glipizide BP, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990791712
760	Glucagoni hydrochloridum	GlucaGen 1 mg HypoKit, proszek i rozpuszczalnik do sporządzenia roztworu do wstrzykiwań, 1 mg	1 fiol.	05909990693313
761	Glyceroli trinitras	Sustonit, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 6,5 mg	30 szt.	05909990183036
762	Glycopyrronii bromidum	Seebri Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 44 µg	30 kaps. + 1 inhalator	05909991000882
763	Hydrocortizoni acetatas	Hydrocortisonum AFP, krem, 10 mg/g	1 tuba po 15 g	05909990950317
764	Indacaterolum + Glycopyrronii bromidum	Ultibro Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 85+43 µg	30 szt. + inhal.	05909991080921
765	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990975815
766	Indapamidum	Diuresin SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909991276621
767	Indapamidum	Indapamide SR Genoptim, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990799398
768	Indapamidum	Indapamide SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990644933
769	Indapamidum	Indapen SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990665907
770	Indapamidum	Indapen, tabl. powł., 2,5 mg	20 szt.	05909990863013
771	Indapamidum	Indapres, tabl. powł., 2,5 mg	30 szt.	05909990223121
772	Indapamidum	Indix SR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909991025014

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
773	Indapamidum	Indix SR, tabletki o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	90 tabl.	05908289660401
774	Indapamidum	Ipres long 1,5, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990012688
775	Indapamidum	Opamid, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990770182
776	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990424801
777	Indapamidum	Rawel SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	60 szt.	05909990424849
778	Indapamidum	Sympamid SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt.	05909990734993
779	Indapamidum	Tertensif SR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 1,5 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990738212
780	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+10 mg	30 szt.	05909991092566
781	Indapamidum + Amlodipinum	Tertens-AM, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 1,5+5 mg	30 szt.	05909991092597
782	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059
783	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
784	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	05909991429171
785	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
786	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
787	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
788	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
789	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie , 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909991107833
790	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu , 200 j/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml (FlexTouch)	05909991107864
791	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
792	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	0590999005741
793	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
794	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990895717
795	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
796	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
797	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
798	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
799	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
800	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
801	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958566
802	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113
803	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958573
804	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311
805	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958580
806	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519
807	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958597
808	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413
809	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958603

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
810	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116
811	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
812	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
813	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
814	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
815	Insulinum humanum	Insuman Basal SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672448
816	Insulinum humanum	Insuman Comb 25 SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672585
817	Insulinum humanum	Insuman Rapid SoloStar 100 j.m./ml roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672363
818	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
819	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
820	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
821	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
822	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
823	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
824	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
825	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
826	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
827	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
828	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
829	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
830	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
831	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
832	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909990005482
833	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
834	Ipratropii bromidum	Atrotil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
835	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
836	Ipratropii bromidum	Atrovent, płyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
837	Irbesartanum	Irbesartan Aurovitas, tabl., 150 mg	28 szt.	05909991334178
838	Irbesartanum	Irbesartan Aurovitas, tabl., 300 mg	28 szt.	05909991334208
839	Irbesartanum	Irprestan, tabl. powł., 150 mg	28 szt.	05909990747085
840	Irbesartanum	Irprestan, tabl. powł., 300 mg	28 szt.	05909990747122
841	Irbesartanum	Irprestan, tabl. powł., 75 mg	28 szt.	05909990747054
842	Kalii chloridum	Kalipoz prolongatum, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 391 mg	60 szt.	05909990257539
843	Kalii citras + Kalii hydrocarbonas	Kalium Effervesces bezcukrowy, granulaty musujący, 782 mg jonów potasu/3 g	20 sasz.po 3 g	05909990269310
844	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909991134907

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
845	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 2 mg	56 szt.	05907695215205
846	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909991134938
847	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 4 mg	56 szt.	05907695215212
848	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909991134969
849	Lacidipine	Lapixen, tabl. powł., 6 mg	56 szt.	05907695215229
850	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990650521
851	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 4 mg	28 szt.	05909990650620
852	Lacidipinum	Lacipil, tabl. powł., 6 mg	28 szt.	05909990625697
853	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 4 mg	28 tabl.	05909991105563
854	Lacidipinum	Lacydyna, tabl. powł., 6 mg	28 tabl.	05909991105549
855	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990995479
856	Latanoprostum	Akistan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991189792
857	Latanoprostum	LataDROP, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909990807079
858	Latanoprostum	Latalux, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990813582
859	Latanoprostum	Latanoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990931873
860	Latanoprostum	Latanoprost STADA, krople do oczu, 50 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990853007
861	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	30 poj.	05909991019693
862	Latanoprostum	Monoprost, krople do oczu, roztwór w pojemniku jednodawkowym, 50 µg/ml	90 szt.	05909991019709
863	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 poj.	05909991102883
864	Latanoprostum	Rozaprost Mono, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 poj.	05909991102890
865	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/1 ml	1 but.po 2,5 ml	05909990841448
866	Latanoprostum	Rozaprost, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05900411001298
867	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05903546007524
868	Latanoprostum	Vizilatan, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05903546007531
869	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909990411825
870	Latanoprostum	Xalatan, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml (0,005%)	2,5 ml (but.)	05909990411818
871	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	30 szt.	05909991220365
872	Latanoprostum	Xaloptic Free, krople do oczu, roztwór, 50 µg/ml	90 szt.	05909991220396
873	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909990741311
874	Latanoprostum	Xaloptic, krople do oczu, roztwór, 0,05 mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060601673
875	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991429249
876	Latanoprostum + Timololum	Akistan Duo, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05909991429256
877	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990879687
878	Latanoprostum + Timololum	Latacom, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05906414000948
879	Latanoprostum + Timololum	Latanoprost Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but. po 2,5 ml	05909991306649
880	Latanoprostum + Timololum	Tilaprox, krople do oczu, 50+5 µg/ml + mg/ml	2,5 ml	05909990946587
881	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	2,5 ml (but.)	05909991057213

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
882	Latanoprostum + Timololum	Xalacom, krople do oczu, roztwór, 0,05+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05415062343609
883	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990894543
884	Latanoprostum + Timololum	Xaloptic Combi, krople do oczu, roztwór, 50+5 µg/ml + mg/ml	3 but.po 2,5 ml	05903060606630
885	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 10 mg	30 tabl. (but.)	05909990977826
886	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05901878600482
887	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05903792743399
888	Leflunomidum	Arava, tabl. powł., 20 mg	30 szt. (but.)	05909990977925
889	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 10 mg	30 szt.	05909991309138
890	Leflunomidum	Leflunomid Bluefish, tabletki powlekane, 20 mg	30 szt.	05909991309145
891	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	04037353010604
892	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 15 mg	30 szt.	04037353015388
893	Leflunomidum	Leflunomide medac, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	04037353010628
894	Leflunomidum	Leflunomide Sandoz, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990858651
895	Leflunomidum	Leflunomide Zentiva, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991416683
896	Leflunomidum	Leflunomide Zentiva, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991416720
897	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990095018
898	Levodopum + Benserazidum	Madopar 125 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 100+25 mg	100 szt.	05909990748723
899	Levodopum + Benserazidum	Madopar 250 mg, tabl., 200+50 mg	100 szt.	05909990095117
900	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, kaps., 50+12,5 mg	100 szt.	05909990094912
901	Levodopum + Benserazidum	Madopar 62,5 mg, tabl. do sporządzania zawiesiny doustnej, 50+12,5 mg	100 szt.	05909990748624
902	Levodopum + Benserazidum	Madopar HBS, kaps., 100+25 mg	100 szt.	05909990377510
903	Levodopum + Benserazidum	Madopar, kaps., 200+50 mg	100 szt.	05909990095216
904	Levodopum + Carbidopum	Nakom Mite, tabl., 100+25 mg	100 szt.	05909990175314
905	Levodopum + Carbidopum	Nakom, tabl., 250+25 mg	100 szt.	05909990175215
906	Levodopum + Carbidopum	Sinemet CR 200/50, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200+50 mg	100 szt.	05909990020416
907	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914
908	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907
909	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891
910	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884
911	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
912	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
913	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
914	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
915	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
916	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
917	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
918	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
919	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
920	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
921	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
922	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
923	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
924	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
925	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
926	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310
927	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
928	Levothyroxinum natriicum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
929	Levothyroxinum natriicum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
930	Levothyroxinum natriicum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
931	Levothyroxinum natriicum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
932	Levothyroxinum natriicum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
933	Lisinoprilum	LisiHEXAL 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991013417
934	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991013516
935	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991357337
936	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909991365691
937	Lisinoprilum	LisiHEXAL 20, tabletki, 20 mg	30 tabl.	05909991266608
938	Lisinoprilum	LisiHEXAL 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991013318
939	Lisinoprilum	Lisinoratio 10, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990939817
940	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990939916
941	Lisinoprilum	Lisinoratio 20, tabletki, 20 mg	28 szt.	05909991392697
942	Lisinoprilum	Lisinoratio 5, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990939718
943	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990682447
944	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990682461
945	Lisinoprilum	Lisiprol, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990682409
946	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133122
947	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991133023
948	Lisinoprilum	Ranopril, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991132927
949	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990701803
950	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+10 mg	30 szt.	05909990761685
951	Lisinoprilum + Amlodipinum	Dironorm, tabl., 20+5 mg	30 szt.	05909990970520
952	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 10+12,5 mg	30 szt.	05909990708352
953	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+12,5 mg	30 szt.	05909990708369
954	Lisinoprilum + Hydrochlorothiazidum	Lisiprol HCT, tabl., 20+25 mg	28 szt.	05909991167714
955	Loperamidi hydrochloridum	Loperamid WZF, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990038220

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
956	Losartan potassium	Losacor, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991055110
957	Losartan potassium + Hydrochlorothiazid	Losacor HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990729685
958	Losartanum	Cozaar, tabl. powł., 50 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990674411
959	Losartanum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990649112
960	Losartanum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990649129
961	Losartanum	Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 100 mg	28 tabl.	05909991297060
962	Losartanum	Losartan Genoptim, tabletki powlekane, 50 mg	28 tabl.	05909991296940
963	Losartanum	Losartan KRKA, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990956654
964	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+10 mg	30 szt.	05909991105853
965	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 100+5 mg	30 szt.	05909991105785
966	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	30 szt.	05909991105723
967	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	60 szt.	05909991105747
968	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+10 mg	90 szt.	05909991105761
969	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	30 szt.	05909991105655
970	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	60 szt.	05909991105679
971	Losartanum + Amlodipinum	Alortia, tabl. powł., 50+5 mg	90 szt.	05909991105693
972	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990433612
973	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Loreblok HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990778843
974	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	56 szt. (4 blist.po 14 szt.)	05909990686339
975	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	84 szt. (6 blist.po 14 szt.)	05909990686360
976	Losartanum + Hydrochlorothiazidum	Losartan HCT Bluefish, tabl. powł., 100+25 mg	28 tabl.	05909990810796
977	Losartanum kalicum	Cozaar, tabl. powł., 100 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909991073428
978	Losartanum kalicum	Loreblok, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990770601
979	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 100 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990638659
980	Losartanum kalicum	Lorista, tabl. powł., 50 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990818914
981	Losartanum kalicum	Losartic, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990621439
982	Losartanum kalicum	Lozap 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990573905
983	Losartanum kalicum	Presartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990724345
984	Losartanum kalicum	Xartan, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990481118
985	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Hyzaar Forte, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990970513
986	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista H, tabl. powł., 50+12,5 mg	28 szt.	05909990337392
987	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HD, tabl. powł., 100+25 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990645565
988	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lorista HL, tabl. powł., 100+12,5 mg	28 szt.	05909990816484
989	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Lozap HCT, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990611980
990	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 100+25 mg	30 szt.	05909990721894
991	Losartanum kalicum + Hydrochlorothiazidum	Presartan H, tabl. powł., 50+12,5 mg	30 szt.	05909990721641
992	Lovastatin	Liprox, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990842315

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
993	Lovastatinum	Lovasterol, tabl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990422159
994	Mesalazinum	Asamax 250, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991083816
995	Mesalazinum	Asamax 250, tabl. dojel., 250 mg	100 szt.	05909991084011
996	Mesalazinum	Asamax 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991083915
997	Mesalazinum	Asamax 500, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991084110
998	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	14 szt.	05907529109908
999	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	15 szt.	05907529110003
1000	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	28 szt.	05907529110010
1001	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 1000 mg	30 szt.	05907529110027
1002	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 250 mg	30 szt.	05909991074012
1003	Mesalazinum	Crohnax, czopki, 500 mg	30 szt.	05907529109809
1004	Mesalazinum	Pentasa, czopki, 1 g	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990656813
1005	Mesalazinum	Pentasa, granulata o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	50 sas. po 2 g granulatu	05909990855315
1006	Mesalazinum	Pentasa, granulata o przedłużonym uwalnianiu, 2 g	60 sas.	05909990974184
1007	Mesalazinum	Pentasa, granulata o przedłużonym uwalnianiu, 4 g	30 sas.	05909991273989
1008	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1 g	60 szt.	05909990974375
1009	Mesalazinum	Pentasa, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	100 szt.	05909990662111
1010	Mesalazinum	Salaza, czopki, 1000 mg	30 szt.	05909991433857
1011	Mesalazinum	Salaza, czopki, 500 mg	30 szt.	05909991448554
1012	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 1000 mg	100 szt.	05909991449964
1013	Mesalazinum	Salaza, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909991418847
1014	Mesalazinum	Salofalk 1 g, czopki, 1 g	30 szt.	05909990806430
1015	Mesalazinum	Salofalk 500, czopki, 500 mg	30 szt.	05909990422227
1016	Mesalazinum	Salofalk 500, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990400119
1017	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991395322
1018	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991395339
1019	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991395278
1020	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991395247
1021	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991395254
1022	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991395261
1023	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991395285
1024	Metformini hydrochloridum	Avamina SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991395292
1025	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	30 szt.	05909990765423
1026	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990765430
1027	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 1000 mg	90 szt.	05903792661600
1028	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	30 szt.	05909990765379
1029	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powl., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990765386



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1030	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05903792661563
1031	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990765393
1032	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990765409
1033	Metformini hydrochloridum	Avamina, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05903792661587
1034	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powł., 500 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698141
1035	Metformini hydrochloridum	Etform 500, tabl. powł., 500 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698172
1036	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powł., 850 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990698257
1037	Metformini hydrochloridum	Etform 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990698271
1038	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991352417
1039	Metformini hydrochloridum	Etform, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991352400
1040	Metformini hydrochloridum	Fometric, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05903060614444
1041	Metformini hydrochloridum	Fometric, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990078974
1042	Metformini hydrochloridum	Fometric, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990078981
1043	Metformini hydrochloridum	Fometric, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990078998
1044	Metformini hydrochloridum	Fometric, tabl. powł., 500 mg	120 szt.	05903060614406
1045	Metformini hydrochloridum	Fometric, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990078943
1046	Metformini hydrochloridum	Fometric, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990078950
1047	Metformini hydrochloridum	Fometric, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909990078967
1048	Metformini hydrochloridum	Fometric, tabl. powł., 850 mg	120 szt.	05903060614420
1049	Metformini hydrochloridum	Fometric, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990079001
1050	Metformini hydrochloridum	Fometric, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990079025
1051	Metformini hydrochloridum	Fometric, tabl. powł., 850 mg	90 szt. (9 blist.po 10 szt.)	05909990079032
1052	Metformini hydrochloridum	Glucophage 1000 mg, tabl. powł., 1000 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990717248
1053	Metformini hydrochloridum	Glucophage 500 mg, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990789276
1054	Metformini hydrochloridum	Glucophage 850 mg, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990789290
1055	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909990864461
1056	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990624751
1057	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990624768
1058	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909990213429
1059	Metformini hydrochloridum	Glucophage XR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 750 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990213436
1060	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991415686
1061	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991415693
1062	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991415624
1063	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991415631
1064	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909991415648
1065	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991415655
1066	Metformini hydrochloridum	Metcrean XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991415662

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1067	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909991415365
1068	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991415372
1069	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909991415389
1070	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909991415303
1071	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909991415310
1072	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 500 mg	90 szt.	05909991415327
1073	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909991415334
1074	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909991415341
1075	Metformini hydrochloridum	Metcrean, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	05909991415358
1076	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991252069
1077	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909991425845
1078	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990053056
1079	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990933181
1080	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909991425821
1081	Metformini hydrochloridum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909991425838
1082	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	30 szt.	05909990126316
1083	Metformini hydrochloridum	Metformax 500, tabl., 500 mg	60 szt.	05909990935253
1084	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	30 szt.	05909990450718
1085	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	60 szt.	05909990935260
1086	Metformini hydrochloridum	Metformax 850, tabl., 850 mg	90 szt.	05909990935277
1087	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991404918
1088	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 1000, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991404925
1089	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909990652112
1090	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909990933167
1091	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 500, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 500 mg	90 szt.	05909990933174
1092	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991404895
1093	Metformini hydrochloridum	Metformax SR 750, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991404901
1094	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990705894
1095	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990705474
1096	Metformini hydrochloridum	Metformin Bluefish, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990705726
1097	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	120 szt.	05909990221028
1098	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	30 szt.	05909990220984
1099	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	60 szt.	05909990220991
1100	Metformini hydrochloridum	Siofor 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 szt.	05909990221004
1101	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	30 szt.	05909990457212
1102	Metformini hydrochloridum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	60 szt.	05909990457229
1103	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	30 szt.	05909990457311

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1104	Metformini hydrochloridum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990457328
1105	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	120 szt.	05909991394585
1106	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 1000 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991394554
1107	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	120 szt.	05909991394462
1108	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 500 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991394431
1109	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	120 szt.	05909991394516
1110	Metformini hydrochloridum	Siofor XR 750 mg, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991394486
1111	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	30 szt.	05909991271756
1112	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1000 mg	60 szt.	05909991271763
1113	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	30 szt.	05909991271695
1114	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 500 mg	60 szt.	05909991271701
1115	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	30 szt.	05909991271732
1116	Metformini hydrochloridum	Symformin XR, tabl. o przedł. uwalnianiu, 750 mg	60 szt.	05909991271749
1117	Metforminum	Glucophage, tabl. powł., 850 mg	60 szt.	05909990789306
1118	Metforminum	Metformax 1000, tabl. powł., 1000 mg	90 tabl.	05909990933198
1119	Metforminum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	120 szt. (12 blist.po 10 szt.)	05909990457236
1120	Metforminum	Siofor 500, tabl. powł., 500 mg	90 tabl.	04013054024331
1121	Metforminum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	120 szt. (8 blist.po 15 szt.)	05909990457335
1122	Metforminum	Siofor 850, tabl. powł., 850 mg	90 szt.	04013054024348
1123	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	1 amp.-strz.a 0,375 ml	05907626701852
1124	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,375 ml	05907626701869
1125	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05907626701920
1126	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,75 ml	05907626702040
1127	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1 ml	05909990735242
1128	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,25 ml	05909990735273
1129	Methotrexatum	Ebetrexat, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg/ml	4 amp.-strz.po 1,5 ml	05909990735303
1130	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,15 ml	05909990791286
1131	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990791347
1132	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,25 ml	05909990922741
1133	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990791392
1134	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,35 ml	05909990922758
1135	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990791477
1136	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,45 ml	05909990922765
1137	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,5 ml	05909990791521
1138	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,55 ml	05909990922772
1139	Methotrexatum	Metex, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	12 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990928125
1140	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 15 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346867

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1141	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 20 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346928
1142	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 25 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991346980
1143	Methotrexatum	Methofill SD, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 30 mg	8 wstrzykiwaczy	05909991347048
1144	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730881
1145	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730911
1146	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,25 ml	05055565730959
1147	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730966
1148	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,35 ml	05055565731000
1149	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731024
1150	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,45 ml	05055565731062
1151	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731079
1152	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	1 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731116
1153	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730898
1154	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730928
1155	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730973
1156	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731031
1157	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731086
1158	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	4 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731123
1159	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,15 ml	05055565730904
1160	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,2 ml	05055565730935
1161	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,3 ml	05055565730980
1162	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,4 ml	05055565731048
1163	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,5 ml	05055565731093
1164	Methotrexatum	Methofill, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 50 mg/ml	8 amp.-strz.po 0,6 ml	05055565731130
1165	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 10 mg	4 amp.-strz.	05909991252724
1166	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 15 mg	4 amp.-strz.	05909991252762
1167	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 20 mg	4 amp.-strz.	05909991252809
1168	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 25 mg	4 amp.-strz.	05909991252847
1169	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 30 mg	4 amp.-strz.	05909991252885
1170	Methotrexatum	Namaxir, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 7,5 mg	4 amp.-strz.	05909991252700
1171	Metoprololi tartras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
1172	Metoprololum	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
1173	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991120948
1174	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991121051
1175	Mianserini hydrochloridum	Deprexolet, tabl. powl., 60 mg	30 tabl.	05909991379391
1176	Mianserini hydrochloridum	Miansec 30, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	03830044949655
1177	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990883813

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1178	Mianserini hydrochloridum	Miansegen, tabl. powł., 30 mg	30 szt.	05909990764242
1179	Mianserinum	Deprexolet, tabl. powł., 10 mg	90 tabl.	05909991120962
1180	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 10 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157716
1181	Mianserinum	Lerivon, tabl. powł., 30 mg	30 szt. (1 blist.po 30 szt.)	05909990157822
1182	Mianserinum	Miansec 30, tabl. powł., 30 mg	20 szt.	05909991124311
1183	Mianserinum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990796618
1184	Mianserinum	Miansec, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909990796625
1185	Mianserinum	Miansegen, tabl. powł., 60 mg	30 szt.	05909991064525
1186	Moclobemidum	Aurorix, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990094813
1187	Moclobemidum	Mobemid, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990966813
1188	Moclobemidum	Moklar, tabl. powł., 150 mg	30 szt.	05909990953714
1189	Mometasoni furoas	Elitasone, maść, 1 mg/g	50 g	05906071039657
1190	Mometasoni furoas	Momecutan Fettcreme, krem, 1 mg/g	50 g	05909991097059
1191	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	100 g	05909991236199
1192	Mometasoni furoas	Momecutan, maść, 1 mg/g	50 g	05909991137441
1193	Mometasoni furoas	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	100 ml	05909991296384
1194	Mometasonum	Asmanex Twisthaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 poj.po 60 daw.	05909991106638
1195	Mometasonum	Momecutan, roztwór na skórę, 1 mg/g	50 ml	05909991087982
1196	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
1197	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
1198	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
1199	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
1200	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829
1201	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
1202	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
1203	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137
1204	Natrii risedronas	Risendros 35, tabl. powł., 35 mg	4 szt.	05909990082599
1205	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	100 szt.	05909991369569
1206	Nebivololi hydrochloridum	Nebivolol Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991369552
1207	Nebivololum	Daneb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990750290
1208	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990662425
1209	Nebivololum	Ebivol, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990662456
1210	Nebivololum	Ivineb, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990805495
1211	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991390358
1212	Nebivololum	Nebicard, tabl., 10 mg	56 szt.	05909991390372
1213	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990685189
1214	Nebivololum	Nebicard, tabl., 5 mg	56 szt.	05909990685202

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1215	Nebivololum	Nebilenin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990689774
1216	Nebivololum	Nebilet, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990670185
1217	Nebivololum	Nebinad, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990648719
1218	Nebivololum	Nebispec, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990673865
1219	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653300
1220	Nebivololum	NebivoLEK, tabl., 5 mg	56 szt.	05907626703597
1221	Nebivololum	Nebivolol Aurovitas, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991357047
1222	Nebivololum	Nebivolol Krka, tabl., 5 mg	30 szt.	03838989716172
1223	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641000
1224	Nebivololum	Nebivor, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990640997
1225	Nebivololum	Nedal, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990642809
1226	Olodaterolum + Tiotropium	Spiolto Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5+2,5 µg	1 wkład 30 dawek + 1 inh.	05909991257439
1227	Oxybutynini hydrochloridum	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991290887
1228	Oxybutynini hydrochloridum	Driptane, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990783816
1229	Oxybutyninum	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991239503
1230	Oxybutyninum	Ditropan, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991304140
1231	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	100 szt.	05909990940769
1232	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	100 szt.	05909990941247
1233	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909990941407
1234	Oxycodoni hydrochloridum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909990941568
1235	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990643943
1236	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990644001
1237	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990644025
1238	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990643905
1239	Oxycodoni hydrochloridum	OxyContin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990644049
1240	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909990839643
1241	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909990839780
1242	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 szt.	05909990840038
1243	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 szt.	05909990839469
1244	Oxycodoni hydrochloridum	Oxydolor, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 szt.	05909990840182
1245	Oxycodoni hydrochloridum	Xanodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	100 szt.	05909991038670
1246	Oxycodoni hydrochloridum	Xanodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 60 mg	100 szt.	05909991038724
1247	Oxycodoni hydrochloridum	Xanodal, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	100 szt.	05909991038762
1248	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 szt.	05909991250850
1249	Oxycodonum	Accordeon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 szt.	05909991250874
1250	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 10 mg	60 tabl.	05909991184827
1251	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 20 mg	60 tabl.	05909991184865

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1252	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 40 mg	60 tabl.	05909991184902
1253	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 5 mg	60 tabl.	05909991184742
1254	Oxycodonum	Reltebon, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 80 mg	60 tabl.	05909991184940
1255	Paroxetinum	Arketis tabletki 20 mg, tabl., 20 mg	30 szt.	05909990047109
1256	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powł., 20 mg	30 szt. (1 poj.po 30 szt.)	05909990425877
1257	Paroxetinum	ParoGen, tabl. powł., 20 mg	60 szt. (1 poj.po 60 szt.)	05909990425884
1258	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	30 tabl.	05909991323615
1259	Paroxetinum	Paroxetine Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	60 tabl.	05909991323646
1260	Paroxetinum	Paroxetine Vitama, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990655724
1261	Paroxetinum	Paroxinor, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990798346
1262	Paroxetinum	Paxtin 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990010189
1263	Paroxetinum	Paxtin 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990010202
1264	Paroxetinum	Rexetin, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991006310
1265	Paroxetinum	Xetanor 20 mg, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990570515
1266	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909991137571
1267	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909991137526
1268	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909991137472
1269	Perindopriili tosilas + Amlodipinum	Vilpin Combi, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909991137212
1270	Perindopriili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909991316600
1271	Perindopriili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 2,5+0,625 mg	30 szt.	05909991050290
1272	Perindopriili tosilas + Indapamidum	Indix Combi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909991050344
1273	Perindoprilum	Prenessa, tabl., 4 mg	30 szt. (1 x 30 szt.)	05909990569311
1274	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	90 tabl.	05909990908189
1275	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	90 tabl.	05909990908158
1276	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	90 tabl.	05909990908264
1277	Perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	90 tabl.	05909990908233
1278	Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa, tabl., 8+2,5 mg	30 szt.	05909990850167
1279	Perindoprilum argininum	Prestarium 10 mg, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990336081
1280	Perindoprilum argininum	Prestarium 5 mg, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990337774
1281	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+10 mg	30 szt.	05909990669400
1282	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 10+5 mg	30 szt.	05909990669332
1283	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+10 mg	30 szt.	05909990669387
1284	Perindoprilum argininum + Amlodipinum	Co-Prestarium, tabl., 5+5 mg	30 szt.	05909990669301
1285	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Bi-Forte, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990707782
1286	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Noliprel Forte, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055029
1287	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Bi-Kombi, tabl. powł., 10+2,5 mg	30 szt.	05909990715206
1288	Perindoprilum argininum + Indapamidum	Tertensif Kombi, tabl. powł., 5+1,25 mg	30 szt.	05909990055678

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1289	Phenobarbitalum	Luminalum Unia, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990812615
1290	Phenobarbitalum	Luminalum, tabl., 100 mg	10 szt.	05909990260614
1291	Phenytinum	Phenytinum WZF, tabl., 100 mg	60 szt. (4 blist.po 15 szt.)	05909990093519
1292	Pilocarpini hydrochloridum	Pilocarpinum WZF 2%, krople do oczu, roztwór, 20 mg/ml	10 ml (2x5 ml)	05909990237524
1293	Piribedilum	Pronoran, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 50 mg	30 szt. (2 blist.po 15 szt.)	05909990846320
1294	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 0,26+0,52+1,05 mg	21 szt.	05909991238773
1295	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,05 mg	30 szt.	05909991238582
1296	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 1,57 mg	30 szt.	05909991238629
1297	Pramipexolum	Oprymea, tabl. o przedł. uwalnianiu, 2,1 mg	30 szt.	05909991238667
1298	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	14 szt.	05909990009350
1299	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05903792743252
1300	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 150 mg	56 szt.	05909990009367
1301	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	14 szt.	05909990009282
1302	Pregabalinum	Lyrica, kaps. twarde, 75 mg	56 szt.	05909990009299
1303	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 150 mg	56 szt.	05901878600550
1304	Pregabalinum	Lyrica, kapsułki twarde, 75 mg	56 szt.	05901878600543
1305	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 150 mg	60 szt.	05909991378295
1306	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 300 mg	60 szt.	05909991378356
1307	Pregabalinum	Naxalgan, kaps. twarde, 75 mg	60 szt.	05909991378226
1308	Pregabalinum	Preato, tabl., 100 mg	56 szt.	05909991400460
1309	Pregabalinum	Preato, tabl., 150 mg	56 szt.	05909991400477
1310	Pregabalinum	Preato, tabl., 200 mg	56 szt.	05909991400484
1311	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991421236
1312	Pregabalinum	Preato, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991400453
1313	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kapsułki twarde, 150 mg	70 kaps.	05907626705072
1314	Pregabalinum	Pregabalin Sandoz, kapsułki twarde, 75 mg	70 kaps.	05907626704839
1315	Propranololi hydrochloridum	Propranolol Accord, tabl. powł., 40 mg	50 szt.	05909991033590
1316	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 10 mg	50 szt.	05909990112111
1317	Propranololi hydrochloridum	Propranolol WZF, tabl., 40 mg	50 szt.	05909990112210
1318	Propranololum	Propranolol Accord, tabletki powlekane, 10 mg	50 tabl.	05909991033507
1319	Pyridostigmini bromidum	Mestinon, tabl. drażowane, 60 mg	150 szt.	05909991014421
1320	Quinapril	Pulsaren 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991165710
1321	Quinaprilum	Accupro 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990707010
1322	Quinaprilum	Accupro 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990707119
1323	Quinaprilum	Accupro 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991080129
1324	Quinaprilum	Accupro 5, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909990706914
1325	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991125516



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1326	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909991125615
1327	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990953882
1328	Quinaprilum	Acurenal, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991125417
1329	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990571468
1330	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991340766
1331	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabl., 10 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990571475
1332	Ramiprilum	Ampril 10 mg tabletki, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991308971
1333	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990571499
1334	Ramiprilum	Ampril 5 mg tabletki, tabl., 5 mg	60 szt. (6 blist.po 10 szt.)	05909990571505
1335	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990653379
1336	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990653355
1337	Ramiprilum	Apo-Rami, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990653362
1338	Ramiprilum	Axtil, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990337989
1339	Ramiprilum	Axtil, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990337958
1340	Ramiprilum	Axtil, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990337972
1341	Ramiprilum	Ivipril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990962020
1342	Ramiprilum	Ivipril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990961955
1343	Ramiprilum	Ivipril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990961986
1344	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990661756
1345	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991344603
1346	Ramiprilum	Piramil 10 mg, tabletki, 10 mg	30 szt.	05909991369910
1347	Ramiprilum	Piramil 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990212170
1348	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990212248
1349	Ramiprilum	Piramil 5 mg, tabletki, 5 mg	30 szt.	05909991369903
1350	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694655
1351	Ramiprilum	Polpril, kaps. twarde, 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990694631
1352	Ramiprilum	Polpril, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990924653
1353	Ramiprilum	Polpril, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990924608
1354	Ramiprilum	Polpril, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990924646
1355	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991093334
1356	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 2,5 mg	28 szt.	05909991093280
1357	Ramiprilum	Ramicor, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991093303
1358	Ramiprilum	Ramipril Aurovitas, tabl., 10 mg	30 szt.	05909991326012
1359	Ramiprilum	Ramipril Aurovitas, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909991325893
1360	Ramiprilum	Ramipril Aurovitas, tabl., 5 mg	30 szt.	05909991325954
1361	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991316655
1362	Ramiprilum	Ramipril Genoptim, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991316464

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1363	Ramiprilum	Ramistad 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990017461
1364	Ramiprilum	Ramistad 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990017447
1365	Ramiprilum	Ramistad 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990017454
1366	Ramiprilum	Ramve 10 mg, kaps. twarde, 10 mg	28 szt.	05909990047987
1367	Ramiprilum	Ramve 2,5 mg, kaps. twarde, 2,5 mg	28 szt.	05909990047949
1368	Ramiprilum	Ramve 5 mg, kaps. twarde, 5 mg	28 szt.	05909990047963
1369	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990916016
1370	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991401566
1371	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991402006
1372	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991411640
1373	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991414153
1374	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427153
1375	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447540
1376	Ramiprilum	Tritace 10, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991463403
1377	Ramiprilum	Tritace 2,5, tabl., 2,5 mg	28 szt.	05909990478217
1378	Ramiprilum	Tritace 5, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990478316
1379	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991427276
1380	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991447939
1381	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	28 szt.	05909991461973
1382	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	30 szt.	05909990610532
1383	Ramiprilum	Vivace 10 mg, tabl., 10 mg	90 szt.	05909991004392
1384	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	30 szt.	05909990610440
1385	Ramiprilum	Vivace 2,5 mg, tabl., 2,5 mg	90 szt.	05909991004378
1386	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991427252
1387	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991447953
1388	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	28 szt.	05909991461959
1389	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990610495
1390	Ramiprilum	Vivace 5 mg, tabl., 5 mg	90 szt.	05909991004385
1391	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05909990936885
1392	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05909990936854
1393	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05909990936809
1394	Ramiprilum + Amlodipinum	Egiramlon, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05909990936779
1395	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+10 mg	60 szt.	05909991142728
1396	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 10+5 mg	60 szt.	05909991142643
1397	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+10 mg	60 szt.	05909991142674
1398	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps. twarde, 5+5 mg	60 szt.	05909991142513
1399	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 10+10 mg	30 szt.	05909991142759

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1400	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 10+5 mg	30 szt.	05909991142636
1401	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 5+10 mg	30 szt.	05909991142681
1402	Ramiprilum + Amlodipinum	Ramizek Combi, kaps., 5+5 mg	30 szt.	05909991142520
1403	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05903060611542
1404	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05903060611504
1405	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05903060611467
1406	Ramiprilum + Amlodipinum	Rimal, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05903060611429
1407	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+10 mg	30 szt.	05907626709520
1408	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 10+5 mg	30 szt.	05907626709513
1409	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+10 mg	30 szt.	05907626709506
1410	Ramiprilum + Amlodipinum	Sumilar, kaps. twarde, 5+5 mg	30 szt.	05907626709490
1411	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 2,5, tabl. powł., 2,5+2,5 mg	28 szt.	05909990973118
1412	Ramiprilum + Felodipinum	Delmuno 5, tabl. powł., 5+5 mg	28 szt.	05909990973217
1413	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HD, tabl., 5+25 mg	30 szt.	05909990573233
1414	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Ampril HL, tabl., 2,5+12,5 mg	30 szt.	05909990573226
1415	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 2,5 Comb, tabl., 2,5+12,5 mg	28 szt.	05909990885312
1416	Ramiprilum + Hydrochlorothiazidum	Tritace 5 Comb, tabl., 5+25 mg	28 szt.	05909990885411
1417	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	14 szt.	05909990910601
1418	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 15 mg	42 szt.	05909990910663
1419	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl. powł., 20 mg	14 szt.	05909990910700
1420	Rivaroxabanum	Xarelto, tabl., 10 mg	10 szt.	05909990658145
1421	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909991078386
1422	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991078454
1423	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991421762
1424	Rivastigminum	Evertas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991439415
1425	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 13,3 mg/24h	30 sas.	05909991032609
1426	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 4,6 mg/24h	30 sas.	05909990066704
1427	Rivastigminum	Exelon, system transdermalny, 9,5 mg/24h	30 sas.	05909990066766
1428	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990700646
1429	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990700684
1430	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990700707
1431	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990700738
1432	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990700752
1433	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990700790
1434	Rivastigminum	Nimvastid, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990700844
1435	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 1,5 mg	28 szt.	05909990700660
1436	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	28 szt.	05909990700691

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1437	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 3 mg	56 szt.	05909990700721
1438	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	28 szt.	05909990700745
1439	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 4,5 mg	56 szt.	05909990700769
1440	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	28 szt.	05909990700806
1441	Rivastigminum	Nimvastid, tabl. ulegające rozpadowi w jamie ustnej, 6 mg	56 szt.	05909990700851
1442	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990782048
1443	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 1,5 mg	56 szt.	05909990782055
1444	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990782079
1445	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990782086
1446	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990782147
1447	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990782154
1448	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990782178
1449	Rivastigminum	Ristidic, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990782185
1450	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990816255
1451	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990816262
1452	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990816279
1453	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990816286
1454	Rivastigminum	Rivaldo, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990816293
1455	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990982981
1456	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990983162
1457	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990983179
1458	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990983308
1459	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990983322
1460	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990983506
1461	Rivastigminum	Rivastigmin NeuroPharma, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990983544
1462	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990778935
1463	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990778942
1464	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990778966
1465	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990778973
1466	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990778997
1467	Rivastigminum	Rivastigmin Orion, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990779000
1468	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 1,5 mg	28 szt.	05909990803156
1469	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 3 mg	28 szt.	05909990803545
1470	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 3 mg	56 szt.	05909990803569
1471	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 4,5 mg	28 szt.	05909990803781
1472	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 4,5 mg	56 szt.	05909990803804
1473	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 6 mg	28 szt.	05909990804085

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1474	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, kaps. twarde, 6 mg	56 szt.	05909990804108
1475	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24h	30 szt.	05909991078294
1476	Rivastigminum	Rivastigmine Mylan, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991078348
1477	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, system transdermalny, plaster, 4,6 mg/24 h	30 szt.	05909991067595
1478	Rivastigminum	Rywastygmina Apotex/Rywastygmina Aurovitas, system transdermalny, plaster, 9,5 mg/24h	30 szt.	05909991067632
1479	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990877683
1480	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990878000
1481	Ropinirolum	Aparxon PR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990878086
1482	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990992607
1483	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990992683
1484	Ropinirolum	ApoRopin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990992775
1485	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990998586
1486	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990998982
1487	Ropinirolum	Aropilo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990999156
1488	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,25 mg	210 szt.	05909990731954
1489	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt.	05909990731985
1490	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990732074
1491	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990732227
1492	Ropinirolum	Aropilo, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990732333
1493	Ropinirolum	Ceurolax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909991049294
1494	Ropinirolum	Ceurolax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991049355
1495	Ropinirolum	Ceurolax SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991049393
1496	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990990085
1497	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990990092
1498	Ropinirolum	Nironovo SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990990108
1499	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990988198
1500	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990988204
1501	Ropinirolum	Polpix SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990988242
1502	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990983582
1503	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990983803
1504	Ropinirolum	Repirol SR, tabl. doustne o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990983971
1505	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 0,5 mg	21 szt.	05909990013685
1506	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 1 mg	21 szt.	05909990013890
1507	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 2 mg	21 szt.	05909990013586
1508	Ropinirolum	Requip, tabl. powl., 5 mg	21 szt.	05909990013968
1509	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990644728
1510	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990644612

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1511	Ropinirolum	Requip-Modutab, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990644636
1512	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 2 mg	84 szt.	05909991033781
1513	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 4 mg	84 szt.	05909991033798
1514	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 8 mg	84 szt.	05909991033804
1515	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990855766
1516	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990855773
1517	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909991391485
1518	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990855780
1519	Ropinirolum	Rolpryna SR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909991391683
1520	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 2 mg	28 szt.	05909990963874
1521	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 4 mg	28 szt.	05909990964239
1522	Ropinirolum	Ropodrin, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 8 mg	28 szt.	05909990964321
1523	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991021184
1524	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991021337
1525	Rosuvastatinum	Crosuvo, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991021375
1526	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991000141
1527	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991000158
1528	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991000165
1529	Rosuvastatinum	Ridlip, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991000103
1530	Rosuvastatinum	Ridlip, tabletki powlekane, 10 mg	90 tabl.	05909991375799
1531	Rosuvastatinum	Ridlip, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05909991375812
1532	Rosuvastatinum	Ridlip, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	05909991375775
1533	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990919604
1534	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 15 mg	30 szt.	05909991435950
1535	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990919659
1536	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 30 mg	30 szt.	05909991435981
1537	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990919673
1538	Rosuvastatinum	Romazic, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05909990919574
1539	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991085674
1540	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 10 mg	56 szt.	05909991085698
1541	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991085759
1542	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 20 mg	56 szt.	05909991085773
1543	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909991085841
1544	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 40 mg	56 szt.	05909991085865
1545	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	28 szt.	05909991085599
1546	Rosuvastatinum	Rosutrox, tabl. powl., 5 mg	56 szt.	05909991085636
1547	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991425883

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1548	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991425906
1549	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991425920
1550	Rosuvastatinum	Rosuvastatin Aurovitas, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909991422875
1551	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909990895403
1552	Rosuvastatinum	Roswera, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909990895687
1553	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990895250
1554	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 15 mg	28 szt.	05909990895380
1555	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 20 mg	28 szt.	05909990895533
1556	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 30 mg	28 szt.	05909990895663
1557	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990895786
1558	Rosuvastatinum	Roswera, tabl., 5 mg	28 szt.	05909990895106
1559	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 10 mg	90 tabl.	05909990895304
1560	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 15 mg	90 tabl.	05909990895458
1561	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 20 mg	90 tabl.	05909990895588
1562	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 30 mg	90 tabl.	05909990895724
1563	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 40 mg	90 tabl.	05909990895892
1564	Rosuvastatinum	Roswera, tabletki powlekane, 5 mg	90 tabl.	05909990895182
1565	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990791743
1566	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990791873
1567	Rosuvastatinum	Suwardio, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990791606
1568	Rosuvastatinum	Suwardio, tabletki powlekane, 10 mg	84 tabl.	05909990791781
1569	Rosuvastatinum	Suwardio, tabletki powlekane, 20 mg	84 tabl.	05909990791927
1570	Rosuvastatinum	Suwardio, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990792009
1571	Rosuvastatinum	Suwardio, tabletki powlekane, 40 mg	84 tabl.	05909990792061
1572	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990802623
1573	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 10 mg	56 szt.	05909990802647
1574	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	28 szt.	05909991333959
1575	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05909991333973
1576	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990802685
1577	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 20 mg	56 szt.	05909990802708
1578	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	28 szt.	05909991334062
1579	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05909991334086
1580	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990802753
1581	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 40 mg	56 szt.	05909990802777
1582	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	28 szt.	05909990802562
1583	Rosuvastatinum	Zahron, tabl. powł., 5 mg	56 szt.	05909990802586
1584	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990777785

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1585	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	56 szt.	05997001369333
1586	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 15 mg	90 szt.	05909991347079
1587	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990777839
1588	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	56 szt.	05997001369340
1589	Rosuvastatinum	Zaranta, tabl. powł., 30 mg	90 szt.	05909991347109
1590	Rosuvastatinum	Zaranta, tabletki powlekane, 40 mg	28 szt.	05909990777853
1591	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 10 + 10 mg	30 szt.	03838989707057
1592	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Coroswera, tabl. powł., 20 + 10 mg	30 szt.	03838989707064
1593	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10 + 10 mg	28 szt.	05906414003352
1594	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 10 + 10 mg	56 szt.	05906414003369
1595	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5 + 10 mg	28 szt.	05906414003321
1596	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabl., 5 + 10 mg	56 szt.	05906414003338
1597	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20 + 10 mg	28 szt.	05906414003383
1598	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Ezehron Duo, tabletki, 20 + 10 mg	56 szt.	05906414003390
1599	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 10 + 10 mg	30 szt.	05907626708493
1600	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 10 + 10 mg	60 szt.	05907626709315
1601	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 20 + 10 mg	30 szt.	05907626708509
1602	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 20 + 10 mg	60 szt.	05907626709322
1603	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 5 + 10 mg	30 szt.	05907626708486
1604	Rosuvastatinum + Ezetimibum	Suvaradio Plus, tabl., 5 + 10 mg	60 szt.	05907626709308
1605	Salbutamololum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
1606	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
1607	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
1608	Salbutamololum	Sabumalin, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.po 8,5 g (200 daw.)	05909990764150
1609	Salbutamololum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010
1610	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424
1611	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431
1612	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardej, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
1613	Salmeterolum	Pulveril, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę	120 dawek	05909990867653
1614	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
1615	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
1616	Selegilini hydrochloridum	Segan, tabl., 5 mg	60 szt.	05909990746026
1617	Selegilinum	Selgres, tabl. powł., 5 mg	50 szt.	05909990404315
1618	Sertraline	Asertin 100, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990422685
1619	Sertraline	Asertin 50, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990422692
1620	Sertralinum	ApoSerta / Sertraline Apotex, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991106904
1621	Sertralinum	ApoSerta / Sertraline Apotex, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991106898



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1622	Sertralinum	ApoSerta / Sertraline Aurovitas, tabl. powł., 100 mg	30 tabl.	05909991355739
1623	Sertralinum	ApoSerta / Sertraline Aurovitas, tabl. powł., 50 mg	30 tabl.	05909991355654
1624	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990963317
1625	Sertralinum	Asentra, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990963218
1626	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990804368
1627	Sertralinum	Miravil, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990804344
1628	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909991279615
1629	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909991279622
1630	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 100 mg	84 szt.	05909991279660
1631	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909991279516
1632	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991279523
1633	Sertralinum	Sastium, tabl. powł., 50 mg	84 szt.	05909991279561
1634	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990046621
1635	Sertralinum	Sertagen, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990046690
1636	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990919987
1637	Sertralinum	Sertralina KRKA, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990919888
1638	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990663163
1639	Sertralinum	Sertranorm, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990663040
1640	Sertralinum	Setalof 100 mg, tabl. powł., 100 mg	30 szt.	05909990571963
1641	Sertralinum	Setalof 50 mg, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990571925
1642	Sertralinum	Stimuloton, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909990994816
1643	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990753215
1644	Sertralinum	Zolof, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990753116
1645	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 100 mg	28 szt.	05909990569472
1646	Sertralinum	Zotral, tabl. powł., 50 mg	28 szt.	05909990013982
1647	Simvastatinum	Apo-Simva 10, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909990618279
1648	Simvastatinum	Apo-Simva 20, tabl. powł., 20 mg	30 szt.	05909990618286
1649	Simvastatinum	Apo-Simva 40, tabl. powł., 40 mg	30 szt.	05909990618293
1650	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649532
1651	Simvastatinum	Simcovas, tabl. powł., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990649655
1652	Simvastatinum	Simorion, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990793853
1653	Simvastatinum	Simorion, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909990794140
1654	Simvastatinum	Simorion, tabl. powł., 20 mg	98 szt.	05909990794157
1655	Simvastatinum	Simorion, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909990794089
1656	Simvastatinum	Simratio 10, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991019723
1657	Simvastatinum	Simratio 20, tabl. powł., 20 mg	28 szt.	05909991019822
1658	Simvastatinum	Simratio 40, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991019945

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1659	Simvastatinum	Simvacard 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990940110
1660	Simvastatinum	Simvacard 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990940219
1661	Simvastatinum	Simvacard 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990940318
1662	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990941025
1663	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990941124
1664	Simvastatinum	Simvachol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990941223
1665	Simvastatinum	Simvagen 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990743650
1666	Simvastatinum	Simvagen 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990743667
1667	Simvastatinum	SimvaHEXAL 10, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990623273
1668	Simvastatinum	SimvaHEXAL 20, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990623297
1669	Simvastatinum	SimvaHEXAL 40, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990623334
1670	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990731565
1671	Simvastatinum	Simvastatin Aurovitas, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990731671
1672	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990723591
1673	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990723812
1674	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990723829
1675	Simvastatinum	Simvastatin Bluefish, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990724031
1676	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05907553016012
1677	Simvastatinum	Simvastatin Genoptim, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05907553016029
1678	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990927616
1679	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990927715
1680	Simvastatinum	Simvasterol, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990927838
1681	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909990914012
1682	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990914111
1683	Simvastatinum	Vasilip, tabl. powl., 40 mg	28 szt.	05909990982714
1684	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 10 mg	28 szt.	05909991073114
1685	Simvastatinum	Vastan, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909991073213
1686	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909990935116
1687	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	28 szt.	05909990055722
1688	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 20 mg	30 szt.	05909990935215
1689	Simvastatinum	Ximve, tabl. powl., 40 mg	30 szt.	05909990935314
1690	Simvastatinum	Zocor 10, tabl. powl., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990365913
1691	Simvastatinum	Zocor 20, tabl. powl., 20 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990366026
1692	Simvastatinum	Zocor 40, tabl. powl., 40 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990769124
1693	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05906414003758
1694	Solifenacini succinas	Adablok, tabl. powl., 5 mg	30 szt.	05906414003741
1695	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powl., 10 mg	30 szt.	05909991349325

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1696	Solifenacini succinas	Afenix, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991349226
1697	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991405960
1698	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 10 mg	90 szt.	05909991405991
1699	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991405922
1700	Solifenacini succinas	Beloflow, tabl. powł., 5 mg	90 szt.	05909991405953
1701	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991339135
1702	Solifenacini succinas	Silamil, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991422394
1703	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991340896
1704	Solifenacini succinas	Solifenacin Stada, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991340872
1705	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991351304
1706	Solifenacini succinas	Solifurin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991351298
1707	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05901720140388
1708	Solifenacini succinas	Solinco, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05901720140340
1709	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991371777
1710	Solifenacini succinas	Soreca, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991371753
1711	Solifenacini succinas	Uronom, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991312640
1712	Solifenacini succinas	Uronom, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991312633
1713	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991140069
1714	Solifenacini succinas	Vesisol, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991139995
1715	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05906720536148
1716	Solifenacini succinas	Vesoligo, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05906720536117
1717	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	100 szt.	05909991382315
1718	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991382308
1719	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	100 szt.	05909991382285
1720	Solifenacini succinas	Zevesin, tabl. powł., 5 mg	30 szt.	05909991382278
1721	Sotaloli hydrochloridum	Sotalol Aurovitas, tabl., 40 mg	60 szt.	05909991357160
1722	Sotalolum	Sotahexal 160, tabl., 160 mg	20 szt.	05909990309115
1723	Sotalolum	Sotahexal 80, tabl., 80 mg	20 szt.	05909990309016
1724	Spirolactonum	Finospir, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990965977
1725	Spirolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990965861
1726	Spirolactonum	Finospir, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990965854
1727	Spirolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	100 szt.	05909990965885
1728	Spirolactonum	Finospir, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990965878
1729	Spirolactonum	Spirolon 100, tabl. powł., 100 mg	20 szt.	05909990673124
1730	Spirolactonum	Spirolon, tabl. powł., 50 mg	30 szt.	05909991244651
1731	Spirolactonum	Spirolon, tabl. powł., 50 mg	60 szt.	05909991244668
1732	Spirolactonum	Spirolon, tabl., 25 mg	100 szt.	05909990110223

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1733	Spironolactonum	Spironol, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990110216
1734	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 100 mg	30 szt.	05909990488513
1735	Spironolactonum	Verospiron, kaps. twarde, 50 mg	30 szt.	05909990488414
1736	Spironolactonum	Verospiron, tabl., 25 mg	20 szt.	05909990117215
1737	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990864423
1738	Sulfasalazinum	Salazopyrin EN, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990864416
1739	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	100 szt.	05909990283323
1740	Sulfasalazinum	Sulfasalazin EN Krka, tabl. dojel., 500 mg	50 szt.	05909990283316
1741	Sulfasalazinum	Sulfasalazin Krka, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990283217
1742	Tafluprostum	Taflotan Multi, krople do oczu, roztwór, 15 µg/ml	1 but.po 3 ml	05909991372927
1743	Tafluprostum + Timololum	Taptiqom, krople do oczu, roztwór, 0,015+5 mg/ml	30 poj. jednodawkowych 0,3 ml	05909991220327
1744	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990622726
1745	Tamsulosini hydrochloridum	Adatam, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05906414001501
1746	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990045006
1747	Tamsulosini hydrochloridum	Apo-Tamis, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990900794
1748	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909990894642
1749	Tamsulosini hydrochloridum	Bazetham Retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990894598
1750	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573585
1751	Tamsulosini hydrochloridum	Fokusin, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909990573592
1752	Tamsulosini hydrochloridum	Omsal 0,4 mg kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990586196
1753	Tamsulosini hydrochloridum	Prostammic, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990573257
1754	Tamsulosini hydrochloridum	Ranlosin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990048007
1755	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990044382
1756	Tamsulosini hydrochloridum	Symlosin SR, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05909991136321
1757	Tamsulosini hydrochloridum	Tamiron, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909991332709
1758	Tamsulosini hydrochloridum	TamisPras, tabl. o przedłużonym działaniu, 0,4 mg	30 szt.	05909990980451
1759	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570386
1760	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05907626708400
1761	Tamsulosini hydrochloridum	Tamoptim, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907626708417
1762	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsudil, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990565948
1763	Tamsulosini hydrochloridum	Tamsugen 0,4 mg, kapsułki o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990570690
1764	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz ERAS, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990847808
1765	Tamsulosini hydrochloridum	Tanyz, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990430895
1766	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	60 szt.	05909991191214
1767	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991199081
1768	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566068

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1769	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	60 szt.	05909990566075
1770	Tamsulosini hydrochloridum	Uprox, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	90 szt.	05907587609235
1771	Tamsulosini hydrochloridum	Urostat 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909990566280
1772	Tamsulosini hydrochloridum	Urostat, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909997216393
1773	Tamsulosinum	Omnice 0,4, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990716418
1774	Tamsulosinum	Omnice Ocas 0,4, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909990219070
1775	Tamsulosinum	Ranlosin, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt.	05909991092184
1776	Tamsulosinum	Tamsudil, kaps. twarde o zmodyfikowanym uwalnianiu, 0,4 mg	90 szt. (9 blist.po 10)	05909990565962
1777	Tamsulosinum	Uprox XR, tabl. o przedl. uwalnianiu, 0,4 mg	30 szt.	05909991191221
1778	Tamsulosinum	Urostat 0,4 mg kapsułka o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarda, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 0,4 mg	30 szt.	05909997226293
1779	Telmisartan	Telmix, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990974887
1780	Telmisartan	Telmix, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990974993
1781	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990891832
1782	Telmisartanum	Actelsar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990891863
1783	Telmisartanum	Micardis, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990440825
1784	Telmisartanum	Polsart, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990936670
1785	Telmisartanum	Polsart, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990936700
1786	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991060220
1787	Telmisartanum	Telmabax, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991060268
1788	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991391713
1789	Telmisartanum	Telmisartan Bluefish, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991391720
1790	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 40 mg	28 szt.	05909991036768
1791	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991036867
1792	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909991229801
1793	Telmisartanum	Telmisartan EGIS, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991461355
1794	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991388003
1795	Telmisartanum	Telmisartan Genoptim, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991388034
1796	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991018429
1797	Telmisartanum	Telmisartan Mylan, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991018436
1798	Telmisartanum	Telmisartan Orion, tabletki, 40 mg	28 szt.	05909991367329
1799	Telmisartanum	Telmisartan Orion, tabletki, 80 mg	28 szt.	05909991367374
1800	Telmisartanum	Telmix, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990974863
1801	Telmisartanum	Telmix, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990974979
1802	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990902002
1803	Telmisartanum	Telmizek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990902095

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1804	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991423551
1805	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 szt.	05909991453060
1806	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	28 tabl.	05909990818082
1807	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991086626
1808	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991423568
1809	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 40 mg	56 szt.	05909991453077
1810	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991423575
1811	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991453299
1812	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	28 tabl.	05909990818150
1813	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991086633
1814	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991423582
1815	Telmisartanum	Tezeo, tabl., 80 mg	56 szt.	05909991453305
1816	Telmisartanum	Tolura 40 mg tabletki, tabl. powł., 40 mg	28 tabl.	05909997077604
1817	Telmisartanum	Tolura 80 mg tabletki, tabl. powł., 80 mg	28 tabl.	05909997077673
1818	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	56 tabl.	05909997077628
1819	Telmisartanum	Tolura, tabl., 40 mg	84 szt.	05909997077635
1820	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	28 szt.	05903792743566
1821	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 szt.	05903792743542
1822	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	56 tabl.	05909997077697
1823	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05903792743559
1824	Telmisartanum	Tolura, tabl., 80 mg	84 szt.	05909997077703
1825	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990840472
1826	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 40 mg	56 szt.	05909990840489
1827	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990840557
1828	Telmisartanum	Toptelmi, tabl., 80 mg	56 szt.	05909990840564
1829	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 40 mg	28 szt.	05909990941841
1830	Telmisartanum	Zanacodar, tabl., 80 mg	28 szt.	05909990941926
1831	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05903060616684
1832	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05903060616660
1833	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05903060616721
1834	Telmisartanum + Amlodipinum	Telam, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05903060616707
1835	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+10 mg	28 szt.	05909991338626
1836	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 40+5 mg	28 szt.	05909991338541
1837	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+10 mg	28 szt.	05909991338787
1838	Telmisartanum + Amlodipinum	Teldipin, tabl., 80+5 mg	28 szt.	05909991338701
1839	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991056247
1840	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Actelsar HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991056773

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1841	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991080051
1842	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Gisartan, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991080174
1843	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909991020026
1844	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	MicardisPlus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909990653027
1845	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991079451
1846	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991079598
1847	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Polsart Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991079703
1848	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991388157
1849	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991388188
1850	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan + HCT Genoptim, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991388218
1851	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991073732
1852	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991073848
1853	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan HCT EGIS, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991073909
1854	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991410667
1855	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmisartan/hydrochlorothiazide EGIS, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991421816
1856	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991417932
1857	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991417963
1858	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmix Plus, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991418007
1859	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991082338
1860	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991082529
1861	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Telmizek HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991082598
1862	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991095994
1863	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991096007
1864	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991096038
1865	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991096045
1866	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991096069
1867	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tezeo HCT, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991096076
1868	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991045180
1869	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991045203
1870	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 40+12,5 mg	84 szt.	05909991045265
1871	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991045692
1872	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991045722
1873	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+12,5 mg	84 szt.	05909991045746
1874	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991045807
1875	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991045852
1876	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Tolucombi, tabl., 80+25 mg	84 szt.	05909991045876
1877	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	28 szt.	05909991081874

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1878	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 40+12,5 mg	56 szt.	05909991081898
1879	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991081942
1880	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+12,5 mg	56 szt.	05909991081966
1881	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	28 szt.	05909991082062
1882	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Toptelmi HCT, tabl. drażowane, 80+25 mg	56 szt.	05909991082086
1883	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	28 szt.	05909991226381
1884	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 40+12,5 mg	56 szt.	05909991330040
1885	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909991226398
1886	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909991330057
1887	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	28 szt.	05909991226404
1888	Telmisartanum + Hydrochlorothiazidum	Zanacodar Combi, tabl., 80+25 mg	56 szt.	05909991330064
1889	Terazosinum	Hytrin, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990768011
1890	Terazosinum	Hytrin, tabl., 2 mg	28 szt.	05909990767816
1891	Terazosinum	Hytrin, tabl., 5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990767915
1892	Terazosinum	Komam, tabl., 2 mg	30 szt.	05909990484119
1893	Terazosinum	Komam, tabl., 5 mg	30 szt.	05909990484317
1894	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990621057
1895	Terbinafinum	Erfin, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990621064
1896	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	14 szt.	05909990419043
1897	Terbinafinum	Myconafine, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990419050
1898	Terbinafinum	Terbinafine Aurobindo, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990955268
1899	Terbinafinum	Zelefion, tabl., 250 mg	28 szt.	05909990645503
1900	tert-Butylamini Perindoprilum	Prelessa, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990662494
1901	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990653614
1902	tert-Butylamini Perindoprilum	Vidotin, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990653621
1903	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+10 mg	30 szt.	05909990908165
1904	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 4+5 mg	30 szt.	05909990908134
1905	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+10 mg	30 szt.	05909990908240
1906	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Amlessa, tabl., 8+5 mg	30 szt.	05909990908196
1907	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001860
1908	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001877
1909	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001839
1910	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 4 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001846
1911	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	30 szt.	05906414001921
1912	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 8 mg + 10 mg	60 szt.	05906414001938
1913	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	30 szt.	05906414001891
1914	tert-Butylamini perindoprilum + Amlodipinum	Prestocek Combi, tabl., 8 mg + 5 mg	60 szt.	05906414001907



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1915	tert-Butylamini Perindoprilum + Indapamidum	Co-Prenessa 4 mg/1,25 mg tabletki, tabl., 4+1,25 mg	30 szt.	05909990746569
1916	Theophylline	Theospirex retard, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	50 szt.	05909990803910
1917	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 200 mg	30 szt.	09120099670104
1918	Theophyllinum	Euphyllin long, kaps. o zmodyfikowanym uwalnianiu, twarde, 300 mg	30 szt.	09120099670111
1919	Theophyllinum	Theospirex retard 300 mg, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990261215
1920	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powł., 0,25 g	20 szt.	05909990667116
1921	Ticlopidini hydrochloridum	Aclotin, tabl. powł., 0,25 g	60 szt.	05909990334971
1922	Timololum	Cusimolol 0,5%, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	1 but.po 5 ml	05909990187713
1923	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 2,5 mg/ml	5 ml	05909990073610
1924	Timololum	Oftensin, krople do oczu, roztwór, 5 mg/ml	5 ml	05909990073719
1925	Tiotropii bromidum	Braltus, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 10 µg/dawkę dostarczaną	30 szt. + 1 inhalator	05909991299545
1926	Tiotropium	Spiriva Respimat, roztwór do inhalacji, 2,5 µg/dawkę odmierzoną	1 wkł.po 30 dawek leczniczych (60 dawek odmierzonych) + 1 inhalator Respimat	05909990735839
1927	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985111
1928	Tiotropium	Spiriva, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 szt.	05909990985128
1929	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps.	05909991253998
1930	Tiotropium	Srivasso, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 18 µg/dawkę inhalacyjną	30 kaps. z inhalatorem	05909991254001
1931	Tolterodini hydrogenotartras	Uroflow 2, tabl. powł., 2 mg	28 szt.	05909990648641
1932	Tolterodini tartras	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	90 szt.	05909991139520
1933	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	60 szt.	05909991008642
1934	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991008666
1935	Tolterodini tartras	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991008680
1936	Tolterodini tartras	Uroflow SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991437473
1937	Tolterodinum	Defur, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991055271
1938	Tolterodinum	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991035235
1939	Tolterodinum	Titlodine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991035549
1940	Tolterodinum	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 2 mg	28 szt.	05909991023485
1941	Tolterodinum	Tolzurin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	28 szt.	05909991023522
1942	Tolterodinum	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	30 szt.	05909991249038
1943	Tolterodinum	Urimper, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 4 mg	60 szt.	05909991249045
1944	Travoprostum	Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.a 2,5 ml	05906414003161
1945	Travoprostum	Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 but.a 2,5 ml	05906414003178
1946	Travoprostum	Rozatrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	4 but.a 2,5 ml	05900411002554
1947	Travoprostum	Travatan, krople do oczu, roztwór, 0,04 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990942619
1948	Travoprostum	Travoprost Genoptim, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909991197629
1949	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	1 poj.a 2,5 ml	05909991321949
1950	Travoprostum	Vizitrav, krople do oczu, roztwór, 40 µg/ml	3 poj.a 2,5 ml	05909991321956

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1951	Travoprostum + Timololum	DuoTrav, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.po 2,5 ml	05909990586172
1952	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991347802
1953	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	3 but.a 2,5 ml	05909991347819
1954	Travoprostum + Timololum	Rozaduo, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	4 but.a 2,5 ml	05909991347826
1955	Travoprostum + Timololum	Travoprost + Timolol Medical Valley, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991447106
1956	Travoprostum + Timololum	Travoprost+Timolol Genoptim, krople do oczu, roztwór, 0,04+5 mg/ml	1 but.a 2,5 ml	05909991350420
1957	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	20 szt.	05909990918720
1958	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909990715497
1959	Trazodoni hydrochloridum	Trittico CR, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	30 szt.	05909990918621
1960	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	30 szt.	05909991094645
1961	Trazodoni hydrochloridum	Trittico XR, tabl. powł. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	30 szt.	05909991094799
1962	Umeclidinii bromidum	Incruse Ellipta, proszek do inhalacji, 55 µg	30 daw.	05909991108953
1963	Umeclidinii bromidum + Vilanterolum	Anoro Ellipta, proszek do inhalacji, podzielony, 55+22 µg	1 inhalator po 30 dawek	05909991108984
1964	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 160 mg	28 szt.. (4 blist.po 7 szt.)	05909990773763
1965	Valsartanum	Avasart, tabl. powł., 80 mg	28 szt.. (4 blist.po 7 szt.)	05909990773695
1966	Valsartanum	Awalone, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	05909990688739
1967	Valsartanum	Awalone, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	05909990688548
1968	Valsartanum	Axudan, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	05909991253912
1969	Valsartanum	Axudan, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	05909991253226
1970	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751877
1971	Valsartanum	Bespres, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990751594
1972	Valsartanum	Diovan, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990929214
1973	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	28 szt.	05909990831067
1974	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 160 mg	56 szt.	05909990831081
1975	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990831159
1976	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	28 szt.	05909990830961
1977	Valsartanum	Dipper - Mono, tabl. powł., 80 mg	56 szt.	05909990830985
1978	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990682065
1979	Valsartanum	Tensart, tabl. powł., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990681877
1980	Valsartanum	Valorion, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	05909991299590
1981	Valsartanum	Valorion, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	05909991299583
1982	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074969
1983	Valsartanum	Valsacor 160 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 160 mg	90 szt.	05909990818990
1984	Valsartanum	Valsacor 160, tabl. powł., 160 mg	60 szt.	05909990818983
1985	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909990779147
1986	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909991455798
1987	Valsartanum	Valsacor 320 mg tabletki powlekane, tabl. powł., 320 mg	28 szt.	05909991460914

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1988	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990074945
1989	Valsartanum	Valsacor 80 mg tabletki powlekane, tabl. powl., 80 mg	90 szt.	05909990818860
1990	Valsartanum	Valsacor 80, tabl. powl., 80 mg	60 szt.	05909990818853
1991	Valsartanum	Valsartan Aurovitas, tabletki powlekane, 160 mg	28 tabl.	05909991345815
1992	Valsartanum	Valsartan Aurovitas, tabletki powlekane, 80 mg	28 tabl.	05909991345785
1993	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909991282608
1994	Valsartanum	Valsartan Medical Valley, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909991282455
1995	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990804580
1996	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 160 mg	56 szt.	05909991088118
1997	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990804542
1998	Valsartanum	Valtap, tabl. powl., 80 mg	56 szt.	05909991088101
1999	Valsartanum	Valzek, tabl., 160 mg	28 szt.	05909991202330
2000	Valsartanum	Valzek, tabl., 80 mg	28 szt.	05909991202286
2001	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 160 mg	28 szt.	05909990827480
2002	Valsartanum	Vanatex, tabl. powl., 80 mg	28 szt.	05909990827459
2003	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+12,5 mg	28 tabl.	05909991251857
2004	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 tabl.	05909991254407
2005	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 320+25 mg	28 szt.	05909991325749
2006	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Axudan HCT, tabletki powlekane, 80+12,5 mg	28 szt.	05909991325572
2007	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990874255
2008	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909991282028
2009	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740864
2010	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990740833
2011	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg	14 tabl.	05909991305932
2012	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Bespres, tabletki powlekane, 160+25 mg	28 tabl.	05909991305949
2013	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990829989
2014	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 szt.	05909990830008
2015	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990830107
2016	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 160+25 mg	56 szt.	05909990830138
2017	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990830176
2018	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 320+25 mg	28 szt.	05909990830244
2019	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990829927
2020	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Dipper, tabl. powl., 80+12,5 mg	56 szt.	05909990829941
2021	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990740246
2022	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	56 tabl.	05909990740253
2023	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+12,5 mg	98 szt.	05909990740260
2024	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powl., 160+25 mg	28 szt.	05909990740277

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2025	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	56 tabl.	05909990740284
2026	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 160+25 mg	98 szt.	05909990740291
2027	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+12,5 mg	28 szt.	05909990847464
2028	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 320+25 mg	28 szt.	05909990847501
2029	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 tabl.	05909990740192
2030	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	56 tabl.	05909990740208
2031	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Co-Valsacor, tabl. powł., 80+12,5 mg	98 szt.	05909990740239
2032	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704132
2033	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Tensart HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990704262
2034	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990801961
2035	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	56 szt.	05909991067557
2036	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990802005
2037	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Valtap HCT, tabl. powł., 160+25 mg	56 szt.	05909991067564
2038	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+12,5 mg	28 szt.	05909990862375
2039	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 160+25 mg	28 szt.	05909990862399
2040	Valsartanum + Hydrochlorothiazidum	Vanatex HCT, tabl. powł., 80+12,5 mg	28 szt.	05909990862351
2041	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	60 szt.	05909991197735
2042	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	60 szt.	05909991197728
2043	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990047956
2044	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991383886
2045	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	30 szt.	05909991394400
2046	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990047901
2047	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990047895
2048	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991383978
2049	Venlafaxinum	Alventa, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	30 szt.	05909991394318
2050	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660650
2051	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660636
2052	Venlafaxinum	Axyven, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990660643
2053	Venlafaxinum	Efectin ER 150, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990494019
2054	Venlafaxinum	Efectin ER 75, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990493913
2055	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990715374
2056	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990715299
2057	Venlafaxinum	Efevelon SR, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990715350
2058	Venlafaxinum	Faxigen XL 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990721528
2059	Venlafaxinum	Faxigen XL 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990721498
2060	Venlafaxinum	Faxigen XL 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990721504
2061	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990691883

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
2062	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990691760
2063	Venlafaxinum	Faxolet ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990691906
2064	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991377168
2065	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909991377502
2066	Venlafaxinum	Lafactin, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991377359
2067	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990795826
2068	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	98 szt.	05909990795833
2069	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990795802
2070	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	98 szt.	05909990795819
2071	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990795789
2072	Venlafaxinum	Oriven, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	98 szt.	05909990795796
2073	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990727520
2074	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990727490
2075	Venlafaxinum	Prefaxine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990727506
2076	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909991092030
2077	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909991091996
2078	Venlafaxinum	Symfaksin ER, kapsułki o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 kaps.	05909991135096
2079	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 37,5 mg	28 szt.	05909991093815
2080	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 37,5 mg	56 szt.	05909991093822
2081	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 75 mg	28 szt.	05909991093914
2082	Venlafaxinum	Velafax, tabl., 75 mg	56 szt.	05909991093921
2083	Venlafaxinum	Velaxin ER 150 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990056293
2084	Venlafaxinum	Velaxin ER 37,5 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 37,5 mg	28 szt.	05909990055982
2085	Venlafaxinum	Velaxin ER 75 mg, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990056279
2086	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 150 mg	28 szt.	05909990767625
2087	Venlafaxinum	Venlafaxine Bluefish XL, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, twarde, 75 mg	28 szt.	05909990767601
2088	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 150 mg	28 szt.	05909990424672
2089	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 37,5 mg	28 szt.	05909990040971
2090	Venlafaxinum	Venlectine, kaps. o przedłużonym uwalnianiu, 75 mg	28 szt.	05909990040995
2091	Verapamilum	Staveran 120, tabl. powł., 120 mg	20 tabl.	05909990045419
2092	Verapamilum	Staveran 40, tabl. powł., 40 mg	20 tabl.	05909990045211
2093	Verapamilum	Staveran 80, tabl. powł., 80 mg	20 tabl.	05909990045310
2094	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 3 mg	100 szt.	05909990622368
2095	Warfarinum natricum	Warfin, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990622382

E. Leki przysługujące świadczeniobiorcom, o których mowa w art. 43b ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.)

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
1	Acidum ursodeoxycholicum	Prousan, kaps., 250 mg	90 szt.	05909991203924
2	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	100 szt.	05909990414741
3	Acidum ursodeoxycholicum	Ursocam, tabl., 250 mg	90 szt.	05909991314675
4	Acidum ursodeoxycholicum	Ursopol, kaps. twarde, 300 mg	50 szt.	05909990798223
5	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	100 szt.	05909991325794
6	Acidum ursodeoxycholicum	Ursoxyn, kaps. twarde, 250 mg	50 szt.	05909991325770
7	Beclometasoni dipropionas + Formoteroli fumaras dihydricus	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909990054152
8	Beclometasonum + Formoterolum	Fostex, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200+6 µg/dawkę	poj.po 180 daw.	05909991245696
9	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306137
10	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306144
11	Budesonidum	BDS N, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991306151
12	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283629
13	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283650
14	Budesonidum	Benodil, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp.po 2 ml	05909991283698
15	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337354
16	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	1 inh.po 200 daw. (zestaw startowy)	05909990337323
17	Budesonidum	Budesonide Easyhaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 inh.po 100 daw. + opak. ochronne (zestaw startowy)	05909990337286
18	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 200 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223793
19	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 200 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991204082
20	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 400 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991223809
21	Budesonidum	Budezonid LEK-AM, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 400 µg/dawkę inhalacyjną	60 kaps.	05909991203986
22	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335169
23	Budesonidum	Budiair, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335176
24	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,125 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002515
25	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002522
26	Budesonidum	Budixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj. 2 ml	05906414002539
27	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 200 µg	60 szt.	05909990926213
28	Budesonidum	Miflonide Breezhaler, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 400 µg	60 szt.	05909990926312
29	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/2 ml	20 szt.	05909991107925
30	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,25 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005696
31	Budesonidum	Nebbud, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 amp. po 2 ml	05909991005733
32	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990677313
33	Budesonidum	Pulmicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 100 daw.	05909990677412

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
34	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991233099
35	Budesonidum	Pulmicort, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/ml	20 poj.po 2 ml	05909991269784
36	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh.	05909990335183
37	Budesonidum	Ribuspir, aerozol inhalacyjny, roztwór, 200 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 200 daw. odmierzonych + inh. z komorą inhalacyjną Jet	05909990335190
38	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 60 dawek	07613421020866
39	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Airbufo Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	2 inh. po 60 dawek	05907626709476
40	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 120 daw.	05909991137458
41	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Bufomix Easyhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909991137625
42	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh. po 120 daw.	05909990873074
43	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 320+9 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990873241
44	Budesonidum + Formoteroli fumaras dihydricus	Symbicort Turbuhaler, proszek do inhalacji, 80+4,5 µg/dawkę inhalacyjną	1 inh.po 60 daw.	05909990872886
45	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 160+4,5 µg	1 inhalator (120 dawek)	05909991136932
46	Budesonidum + Formoterolum	DuoResp Spiromax, proszek do inhalacji, 320+9 µg	1 inhalator (60 dawek)	05909991136963
47	Carbamazepinum	Amizepin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909990043910
48	Carbamazepinum	Finlepsin 200 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909991030315
49	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909991014216
50	Carbamazepinum	Finlepsin 400 retard, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 400 mg	50 szt.	05909991014223
51	Carbamazepinum	Finlepsin, tabl., 200 mg	50 szt.	05909991014117
52	Carbamazepinum	Neurotop retard 300, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 300 mg	50 szt.	05909990244515
53	Carbamazepinum	Neurotop retard 600, tabl. o przedłużonym uwalnianiu, 600 mg	50 szt.	05909990244614
54	Carbamazepinum	Tegretol CR 200, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 200 mg	50 szt.	05909990120215
55	Carbamazepinum	Tegretol CR 400, tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu, 400 mg	30 szt.	05909990120116
56	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	100 ml	05909990341917
57	Carbamazepinum	Tegretol, zawiesina doustna, 20 mg/ml	250 ml	05909990341924
58	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212064
59	Ciclesonidum	Alvesco 160, aerozol inhalacyjny, roztwór, 160 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218530
60	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 120 daw.	05909990212057
61	Ciclesonidum	Alvesco 80, aerozol inhalacyjny, roztwór, 80 µg	1 poj. 60 daw.	05909990218523
62	Czterowalentna szczepionka przeciw grypie (rozszczepiony wirion), inaktywowana	VaxigripTetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991302108
63	Enoxaparinum natrium	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990891429
64	Enoxaparinum natrium	Clexane forte, roztwór do wstrzykiwań, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990891528
65	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990774920
66	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05909990048328
67	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990048427
68	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990774821
69	Enoxaparinum natrium	Clexane, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990775026

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
70	Enoxaparinum natriicum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 120 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.	05906395161126
71	Enoxaparinum natriicum	Neoparin Forte, roztwór do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 150 mg/1 ml	10 amp.-strz.	05906395161164
72	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 100 mg/1 ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05906395161096
73	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 20 mg/0,2 ml	10 amp.-strz.po 0,2 ml	05906395161010
74	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 40 mg/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05906395161034
75	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 60 mg/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05906395161058
76	Enoxaparinum natriicum	Neoparin, roztwór do wstrzykiwań, 80 mg/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05906395161072
77	Fenoteroli hydrobromidum	Berotec N 100, aerozol inhalacyjny, roztwór, 100 µg/dawkę	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990376414
78	Fenoteroli hydrobromidum + Ipratropii bromidum	Berodual, roztwór do nebulizacji, 0,5+0,25 mg/ml	20 ml	05909990101917
79	Fenoterolum + Ipratropii bromidum	Berodual N, aerozol inhalacyjny, roztwór, 50+21 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 dawek	05909990917815
80	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484621
81	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484720
82	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484522
83	Fluticasoni propionas	Flixotide Dysk, proszek do inhalacji, 500 µg/dawkę inhalacyjną	60 daw.	05909990484829
84	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	120 daw.	05909990851423
85	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg	60 daw.	05909990851416
86	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	120 daw.	05909990851522
87	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg	60 daw.	05909990851515
88	Fluticasoni propionas	Flixotide, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50 µg/dawkę inhalacyjną	120 daw.	05909990851317
89	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401771
90	Fluticasoni propionas	Flurhinal, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250 µg/dawkę inh.	120 daw.	05909991401788
91	Fluticasoni propionas	Flutixon Neb, zawiesina do nebulizacji, 0,5 mg/2 ml	10 amp. 2 ml	05906414003062
92	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785858
93	Fluticasoni propionas	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909990785889
94	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 250+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274931
95	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, 500+50 µg	1 inh.po 60 daw.	05909991274955
96	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991442064
97	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	AirFluSal Forspiro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991447915
98	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034870
99	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034887
100	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Asaris, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 60 dawek	05909991034894
101	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534670
102	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Combaterol, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05906720534687
103	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 100+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004732
104	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 250+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004749
105	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon Pro, proszek do inhalacji, podzielony, 500+50 µg/dawkę	1 inhalator 60 dawek	05900411004756
106	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj. 120 dawek	05900411004763



lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
107	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004787
108	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Duexon, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 poj. 120 dawek	05900411004770
109	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 inhalator 120 dawek	05909991403959
110	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403966
111	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Fluticomb, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę odmierzoną	1 inhalator 120 dawek	05909991403898
112	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383626
113	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salfumix Easyhaler, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę odmierzoną	1 inh.po 60 daw.	05909991383657
114	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 100+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034900
115	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 250+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034924
116	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Salmex, proszek do inhalacji, 500+50 (µg + µg)/dawkę inhalacyjną	1 inhalator (60 dawek)	05909991034931
117	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 125, aerozol wziewny, zawiesina, 125+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907014
118	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 250, aerozol wziewny, zawiesina, 250+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990907113
119	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide 50, aerozol wziewny, zawiesina, 50+25 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 120 daw.	05909990906918
120	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 100, proszek do inhalacji, 100+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832422
121	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 250, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832521
122	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Seretide Dysk 500, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990832620
123	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 250+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991078980
124	Fluticasoni propionas + Salmeterolum	Symflusal, proszek do inhalacji, 500+50 µg/dawkę inhalacyjną	1 blister 60 dawek + inhalator Elpenhaler	05909991079055
125	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 125 µg	120 kaps.	05909990938001
126	Fluticasonum	Flutixon, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 250 µg	120 kaps.	05909990938025
127	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990792924
128	Formoteroli fumaras	Foradil, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	180 szt.	07613421020934
129	Formoteroli fumaras	Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt. (6 blister po 10 szt.) + inh.	05909991109523
130	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 kaps.	05909990937981
131	Formoteroli fumaras	Zafiron, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990975914
132	Formoteroli fumaras dihydricus	Atimos, aerozol inhalacyjny, roztwór, 12 µg/dawkę odmierzoną	1 poj.po 120 daw.	05909990620777
133	Formoteroli fumaras dihydricus	Forastmin, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 szt.	05909990614400
134	Formoteroli fumaras dihydricus	Formoterol Easyhaler, proszek do inhalacji, 12 mcg	1 poj. (120 daw.) (+ op.ochr.)	05909990337446
135	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 4,5 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445219
136	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxis Turbuhaler, proszek do inhalacji, 9 µg/dawkę	1 inh.po 60 daw.	05909990445318
137	Formoteroli fumaras dihydricus	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	60 kaps.	05909990849000
138	Formoterolum	Foramed, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg/dawkę inhalacyjną	120 szt.	05909991086602
139	Formoterolum	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	120 szt (2 but.po 60 szt.)	05909991218287
140	Formoterolum	Forastmin, proszek do inhalacji w kapsułce twardej, 12 µg	180 szt (3 but.po 60 szt.)	05909991218294
141	Formoterolum	Oxodil PPH, proszek do inhalacji w kaps. twardej, 12 µg	120 szt.	05909990996681
142	Hydrocortisonum	Hydrocortisonum-SF, tabl., 10 mg	60 szt.	05909991218140
143	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909991378059

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
144	Insulinum aspartum	Fiasp, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991306298
145	Insulinum aspartum	Insulin aspart Sanofi, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	10 wstrzykiwaczy 3 ml SoloStar	05909991429171
146	Insulinum aspartum	NovoMix 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990879915
147	Insulinum aspartum	NovoMix 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3ml	05909990614981
148	Insulinum aspartum	NovoRapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990451814
149	Insulinum aspartum	NovoRapid, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	1 fiol.po 10 ml	05909991369668
150	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie , 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909991107833
151	Insulinum degludecum	Tresiba, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu , 200 j/ml	3 wstrzykiwacze po 3 ml (FlexTouch)	05909991107864
152	Insulinum degludecum + Insulinum aspartum	Ryzodeg, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml Penfill	05909991371562
153	Insulinum detemirum	Levemir, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml (Penfill)	05909990005741
154	Insulinum glarginum	Abasaglar, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909991201982
155	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wkł.po 3 ml	05909990895717
156	Insulinum glarginum	Lantus, roztwór do wstrzykiwań, 100 j/ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990617555
157	Insulinum glarginum	Toujeo, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 300 j/ml	10 wstrzykiwaczy SoloStar po 1,5 ml	05909991231538
158	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	1 fiol.po 10 ml	05909990008483
159	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990008575
160	Insulinum glulisinum	Apidra, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrz. SoloStar po 3 ml	05909990617197
161	Insulinum humanum	Actrapid Penfill, roztwór do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990237920
162	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958566
163	Insulinum humanum	Gensulin M30 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853113
164	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958573
165	Insulinum humanum	Gensulin M40 (40/60), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853311
166	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958580
167	Insulinum humanum	Gensulin M50 (50/50), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990853519
168	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958597
169	Insulinum humanum	Gensulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852413
170	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990958603
171	Insulinum humanum	Gensulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990852116
172	Insulinum humanum	Humulin M3 (30/70), zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246014
173	Insulinum humanum	Humulin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990246717
174	Insulinum humanum	Humulin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990247011
175	Insulinum humanum	Insulatard Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348923
176	Insulinum humanum	Insuman Basal SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672448
177	Insulinum humanum	Insuman Comb 25 SoloStar 100 j.m./ml zawiesina do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672585
178	Insulinum humanum	Insuman Rapid SoloStar 100 j.m./ml roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j.m./ml	5 wstrzykiwaczy SoloStar po 3 ml	05909990672363

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
179	Insulinum humanum	Mixtard 30 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990238323
180	Insulinum humanum	Mixtard 50 Penfill, zawiesina do wstrzykiwań we wkładzie, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990348121
181	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 2, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022921
182	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 3, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023027
183	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 4, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023126
184	Insulinum humanum	Polhumin Mix - 5, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991023324
185	Insulinum humanum	Polhumin N, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022525
186	Insulinum humanum	Polhumin R, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909991022822
187	Insulinum lisprum	Humalog Mix25, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455010
188	Insulinum lisprum	Humalog Mix50, zawiesina do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990455614
189	Insulinum lisprum	Humalog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	5 wkł.po 3 ml	05909990692422
190	Insulinum lisprum	Insulin Lispro Sanofi, roztwór do wstrzykiwań we wstrzykiwaczu, 100 j./ml	10 wstrz. 3 ml SoloStar	05909991333553
191	Insulinum lisprum	Liprolog Junior KwikPen, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05907677973123
192	Insulinum lisprum	Liprolog KwikPen, roztwór do wstrz., 200 j.m./ml	5 wstrzyk. po 3 ml	05999885490165
193	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrz., 100 j.m./ml	1 fiol. a 10 ml	05909990005482
194	Insulinum lisprum	Liprolog, roztwór do wstrzykiwań, 100 j.m./ml	10 wkł.po 3 ml	05909990005536
195	Ipratropii bromidum	Atrodil, aerozol inhalacyjny, roztwór, 20 µg	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909991185879
196	Ipratropii bromidum	Atrovent N, aerozol wziewny, roztwór, 20 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 10 ml (200 daw.)	05909990999019
197	Ipratropii bromidum	Atrovent, plyn do inhalacji z nebulizatora, 250 µg/ml	1 but.po 20 ml	05909990322114
198	Lamotriginum	Epitrigine 100 mg tabletki, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990334766
199	Lamotriginum	Epitrigine 50 mg tabletki, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990334759
200	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990038480
201	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990038701
202	Lamotriginum	Lamilept, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990038565
203	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 100 mg	30 szt.	05909990787319
204	Lamotriginum	Lamitrin S, tabl. do sporządzania zawiesiny/do rozgryzania i żucia, 25 mg	30 szt.	05909990787210
205	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990346318
206	Lamotriginum	Lamitrin, tabl., 100 mg	60 szt.	05909990346325
207	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	30 szt.	05909991006617
208	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 100 mg	90 szt.	05909990961092
209	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991006419
210	Lamotriginum	Lamotrix, tabl., 50 mg	30 szt.	05909991006518
211	Lamotriginum	Symla, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990972616
212	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909990972418
213	Lamotriginum	Symla, tabl., 25 mg	30 szt.	05909991138349
214	Lamotriginum	Symla, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990972517
215	Levetiracetamum	Cezarius, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml	05909990928149

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
216	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990928248
217	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990928200
218	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990928224
219	Levetiracetamum	Cezarius, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990928231
220	Levetiracetamum	Keppra, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 butelka 300 ml + 1 strzykawka 10 ml	05909990006755
221	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990989805
222	Levetiracetamum	Levebon, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990989379
223	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 150 ml + strz.po 1 ml	05909991374518
224	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991374501
225	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990921751
226	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990921737
227	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990921492
228	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990921591
229	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990921577
230	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990921652
231	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 250 mg	100 szt.	05909990921522
232	Levetiracetamum	Levetiracetam Accord, tabletki powlekane, 750 mg	100 szt.	05909990921676
233	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909991361372
234	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990971305
235	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990970957
236	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990971060
237	Levetiracetamum	Levetiracetam Aurovitas, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990971183
238	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, roztwór doustny, 100 mg/ml	300 ml (but.)	05909990958672
239	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990959167
240	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990959129
241	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 250 mg	100 szt.	05909990958764
242	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990958726
243	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990959037
244	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990958986
245	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	100 szt.	05909990958894
246	Levetiracetamum	Levetiracetam NeuroPharma, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990958856
247	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990998302
248	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990998135
249	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990998180
250	Levetiracetamum	Normeg, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990998258
251	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909991032043
252	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909991031992

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
253	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909991031497
254	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909991031640
255	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909991031602
256	Levetiracetamum	Polkepral, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909991031886
257	Levetiracetamum	Trund, roztwór doustny, 100 mg/ml	1 but.po 300 ml ze strz.po 10 ml i łącznikiem	05909990925841
258	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	100 szt.	05909990925957
259	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990925940
260	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990925858
261	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	100 szt.	05909990925889
262	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990925872
263	Levetiracetamum	Trund, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990925926
264	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny , 100 mg/ml	1 but.po 300 ml + strz.po 10 ml	05909990935901
265	Levetiracetamum	Vetira, roztwór doustny, 100 mg/ml	150 ml	05909990935895
266	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 1000 mg	50 szt.	05909990936250
267	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 250 mg	50 szt.	05909990935956
268	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 500 mg	50 szt.	05909990936052
269	Levetiracetamum	Vetira, tabl. powł., 750 mg	50 szt.	05909990936151
270	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991431914
271	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991431907
272	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991431891
273	Levothyroxinum natricum	Eferox, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991431884
274	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	100 szt.	05909991051426
275	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909991051419
276	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 112 µg, tabl., 112 µg	50 szt.	05909990719006
277	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	100 szt.	05909991051525
278	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 125, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991051518
279	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 137 µg, tabl., 137 µg	50 szt.	05909990719037
280	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	100 szt.	05909991051624
281	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909991051617
282	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 175, tabl., 175 µg	50 szt.	05909991051716
283	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 200, tabl., 200 µg	50 szt.	05909991051815
284	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	100 szt.	05909991051129
285	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 25, tabl., 25 µg	50 szt.	05909991051112
286	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	100 szt.	05909991051228
287	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909991051211
288	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	100 szt.	05909991051327
289	Levothyroxinum natricum	Euthyrox N 75, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991051310

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
290	Levothyroxinum natriicum	Euthyrox N 88 µg, tabl., 88 µg	50 szt.	05909990718986
291	Levothyroxinum natriicum	Letrox 100, tabl., 100 µg	50 szt.	05909990168910
292	Levothyroxinum natriicum	Letrox 125 mikrogramów, tabl., 125 µg	50 szt.	05909991107307
293	Levothyroxinum natriicum	Letrox 150, tabl., 150 µg	50 szt.	05909990820610
294	Levothyroxinum natriicum	Letrox 50, tabl., 50 µg	50 szt.	05909990374014
295	Levothyroxinum natriicum	Letrox 75 mikrogramów, tabl., 75 µg	50 szt.	05909991107260
296	Methylprednisoloni acetat	Depo-Medrol, zawiesina do wstrzykiwań, 40 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990154814
297	Methylprednisoloni acetat + Lidocaini hydrochloridum	Depo-Medrol z Lidokainą, zawiesina do wstrzykiwań, 40+10 mg/ml	1 fiol.po 1 ml	05909990236312
298	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 16 mg	50 szt. (5 blist.po 10 szt.)	05909990683215
299	Methylprednisolonum	Medrol, tabl., 4 mg	30 szt. (3 blist.po 10 szt.)	05909990683123
300	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990835539
301	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990834501
302	Methylprednisolonum	Meprelon, tabl., 8 mg	30 szt.	05909990834464
303	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 16 mg	30 szt.	05909990316618
304	Methylprednisolonum	Metypred, tabl., 4 mg	30 szt.	05909990316519
305	Metoprololi tartaras	Metocard, tabl., 50 mg	30 szt.	05909990034420
306	Metoprololum	Metocard, tabl., 100 mg	30 szt.	05909990034529
307	Mometasonum	Asmanex Twisthaler, proszek do inhalacji, 400 µg/dawkę	1 poj.po 60 daw.	05909991106638
308	Montelukastum	Asmenol, tabl. powł., 10 mg	28 szt. (2 blist.po 14 szt.)	05909990670758
309	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990881758
310	Montelukastum	Astmodil, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990881772
311	Montelukastum	Astmodil, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990881734
312	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990668144
313	Montelukastum	Milukante, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990668120
314	Montelukastum	Milukante, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990668137
315	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990662685
316	Montelukastum	Monkasta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990662647
317	Montelukastum	Monkasta, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990671243
318	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990871650
319	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990871766
320	Montelukastum	Montelukast Bluefish, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990871858
321	Montelukastum	Montelukast Medreg, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991329235
322	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990803743
323	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990803767
324	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909990780266
325	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	30 szt.	05909991457013
326	Montelukastum	Montelukast Sandoz, tabl. powł., 10 mg	60 szt.	05907626703481

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
327	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909990893188
328	Montelukastum	Orilukast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909990893263
329	Montelukastum	Orilukast, tabl., 10 mg	28 szt.	05909990893294
330	Montelukastum	Promonta, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990671052
331	Montelukastum	Promonta, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990671076
332	Montelukastum	Promonta, tabl. powł., 10 mg	28 szt. (4 blist.po 7 szt.)	05909990671090
333	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 4 mg	28 szt.	05909991007263
334	Montelukastum	Romilast, tabl. do rozgryzania i żucia, 5 mg	28 szt.	05909991007270
335	Montelukastum	Romilast, tabl. powł., 10 mg	28 szt.	05909991007300
336	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 2850 j.m. Axa/0,3 ml	10 amp.-strz.po 0,3 ml	05909990075621
337	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 3800 j.m. Axa/0,4 ml	10 amp.-strz.po 0,4 ml	05909990716821
338	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 5700 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990075720
339	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 7600 j.m. Axa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990716920
340	Nadroparinum calcicum	Fraxiparine, roztwór do wstrzykiwań, 9500 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990075829
341	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 11400 j.m. Axa/0,6 ml	10 amp.-strz.po 0,6 ml	05909990836932
342	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 15200 j.m. AXa/0,8 ml	10 amp.-strz.po 0,8 ml	05909990837038
343	Nadroparinum calcicum	Fraxodi, roztwór do wstrzykiwań, 19000 j.m. Axa/ml	10 amp.-strz.po 1 ml	05909990837137
344	Oxcarbazeponum	Karbagen, tabl. powł., 150 mg	50 szt.	05909990048809
345	Oxcarbazeponum	Karbagen, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990048823
346	Oxcarbazeponum	Karbagen, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990048854
347	Oxcarbazeponum	Oxcarbazepon NeuroPharma, tabl. powł., 150 mg	50 tabl.	05909991303518
348	Oxcarbazeponum	Oxcarbazepon NeuroPharma, tabl. powł., 300 mg	50 tabl.	05909991300661
349	Oxcarbazeponum	Oxcarbazepon NeuroPharma, tabl. powł., 600 mg	50 tabl.	05909991300739
350	Oxcarbazeponum	Oxepilax, tabl., 300 mg	50 szt.	05909991057480
351	Oxcarbazeponum	Oxepilax, tabl., 600 mg	50 szt.	05909991057497
352	Oxcarbazeponum	Trileptal, tabl. powł., 300 mg	50 szt.	05909990825615
353	Oxcarbazeponum	Trileptal, tabl. powł., 600 mg	50 szt.	05909990825714
354	Oxcarbazeponum	Trileptal, zawiesina doustna, 60 mg/ml	250 ml	05909990747115
355	Prednisolonum	Encortolon, tabl., 5 mg	20 szt.	05904374007946
356	Prednisolonum	Predasol, tabl., 20 mg	20 szt.	05909991356712
357	Prednisonum	Encorton, tabl., 1 mg	20 szt.	05909991289416
358	Prednisonum	Encorton, tabl., 10 mg	20 szt.	05909990405312
359	Prednisonum	Encorton, tabl., 20 mg	20 szt.	05909990405411
360	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	100 szt.	05909990641192
361	Prednisonum	Encorton, tabl., 5 mg	20 szt.	05909990641185
362	Progesteronum	Luteina 50, tabl. podjęzykowe, 50 mg	30 szt.	05906414002355
363	Progesteronum	Luteina, tabl. dopochwowe, 100 mg	30 szt.	05909991076207

lp.	Substancja czynna	Nazwa, postać i dawka leku	Zawartość opakowania	Numer GTIN lub inny kod jednoznacznie identyfikujący produkt
1	2	3	4	5
364	Progesteronum	Luteina, tabl. douchwowe, 100 mg	60 szt.	05909991103231
365	Progesteronum	Luteina, tabl. douchwowe, 200 mg	30 szt.	05909991076238
366	Progesteronum	Luteina, tabl. douchwowe, 50 mg	30 szt.	05909990569380
367	Salbutamololum	Aspulmo, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.a 200 dawek (10 ml)	05909990848065
368	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 100 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991106928
369	Salbutamololum	Buventol Easyhaler, proszek do inhalacji, 200 µg/dawkę	200 daw. (inhalator proszkowy + poj. ochronny)	05909991107826
370	Salbutamololum	Sabumalin, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 100 µg/dawkę	1 poj.po 8,5 g (200 daw.)	05909990764150
371	Salbutamololum	Salbutamol Hasco, syrop, 2 mg/5 ml	1 but.po 100 ml	05909990317516
372	Salbutamololum	Ventolin, aerozol wziewny, zawiesina, 100 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 200 daw.	05909990442010
373	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	60 szt.	05909991109424
374	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kaps. twardych, 50 µg/dawkę inhalacyjną	90 szt.	05909991109431
375	Salmeterolum	Pulmoterol, proszek do inhalacji w kapsułkach twardych, 50 µg/dawkę inh.	120 szt.	05909991206390
376	Salmeterolum	Pulveril, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę	120 dawek	05909990867653
377	Salmeterolum	Serevent Dysk, proszek do inhalacji, 50 µg/dawkę inhalacyjną	1 poj.po 60 daw.	05909990437825
378	Salmeterolum	Serevent, aerozol inhalacyjny, zawiesina, 25 µg/dawkę inhalacyjną	1 szt. (1 szt.po 120 daw.)	05909990623099
379	Vaccinum influenzae inactivatum ex corticis antigenis praeparatum (Szczepionka przeciw grypie, antygen powierzchniowy, inaktywowana)	Influvac Tetra, zawiesina do wstrzykiwań w ampulko-strzykawce, 1 dawka	1 amp.-strzyk. 0,5 ml z igłą	05909991347352