

# INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA Z ASTMĄ CIĘŻKĄ W CELU KWALIFIKACJI DO LECZENIA W RAMACH PROGRAMU LEKOWEGO B.44.<sup>1</sup>

Data: .....

Dane Ośrodka kierującego/pieczątka:

.....

Nazwisko lekarza kierującego, telefon: .....

Imię i nazwisko pacjenta: .....

## Epikryza

1) Przebieg choroby z uzasadnieniem skierowania do programu lekowego:

.....  
.....  
.....

2) Aktualnie stosowane leki w terapii astmy (proszę podać nazwy, dawki, czas stosowania):

.....  
.....  
.....

3) Liczba eozynofiliów we krwi i data badania (badanie z ostatnich 12 miesięcy):

.....

4) Liczba zaostrzeń w ciągu ostatnich 12 miesięcy (wymagających stosowania lub zwiększenia dawki systemowych GKS na okres dłuższy niż 3 dni lub hospitalizacji, lub wizyty w SOR) (proszę wpisać daty zaostrzeń):

.....  
.....

5) Wynik ostatniego badania spirometrycznego (jeżeli dostępny):

6) Wykluczenie obecności pasożytów, jeżeli dostępny wynik badania (wymagane dołączenie oryginału badania kału):

Inne istotne informacje:

Podpis i pieczętka lekarza

**AstraZeneca** 

AstraZeneca Pharma Poland Sp. z o.o.  
ul. Postępu 14, 02-676 Warszawa  
tel. (22) 2457300, fax (22) 4853007  
[www.astrazeneca.pl](http://www.astrazeneca.pl)

FASE/20/07/07\_npr

### Główne kryteria kwalifikacji do leczenia w ramach programu lekowego B.44.:

1. Wiek:  $\geq 18$  lat.
2. Eozynofilia we krwi  $\geq 350$  komórek/ $\mu$ l.
3. Stosowanie wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę.
4.  $\geq 2$  zaostrzeń w ostatnim roku (wymagających stosowania systemowych glikokortykosteroidów lub zwiększenia ich dawki na okres dłuższy niż trzy dni u osób, które stosują je przewlekłe, wymagających lub nie hospitalizacji lub wizyty w oddziale ratunkowym).
5. FEV<sub>1</sub> <80% wartości należytnej przed podaniem leku rozszerzającego oskrzela.

### Główne przeciwwskazania/kryteria wyłączenia w ramach programu lekowego B.44.:

1. Ciąża i karmienie piersią.
2. Jednoczesna terapia lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi, wlewami z immunoglobulin lub innymi lekami biologicznymi.
3. Palenie tytoniu.
4. Inne zespoły hipereozynofilii lub inne istotne klinicznie choroby płuc.

### Wybrane wziewne glikokortykosteroidy: formy i wielkości dawek dobowych ( $\mu$ g) u dorosłych i młodzieży (>12 lat)

	mała dawka ( $\mu$ g)	średnia dawka ( $\mu$ g)	duża dawka ( $\mu$ g)	
wGKS	Beklometazonu dipropionian (pMDI, standardowe cząsteczki, HFA)	200-500	>500-1000	>1000
	Budezonid (DPI)	200-400	>400-800	>800
	Cyklezonid (pMDI, HFA)	80-160	>160-320	>320
	Flutykazonu propionian (DPI, pMDI)	100-250	>250-500	>500
	Mometazonu fuorinian (DPI)	200	200	400
	Mometazonu fuorinian (pMDI, standardowe cząsteczki, HFA)	200-400	200-400	>400

Opracowanie na podstawie GINA 2020 (<https://ginasthma.org/>).

1 Aktualne obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych dostępne na stronie: [www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych](http://www.gov.pl/web/zdrowie/obwieszczenia-ministra-zdrowia-lista-lekow-refundowanych).  
pMDI – pressurized metered dose inhalers – inhalatory ciśnieniowe z dozownikiem, HFA – hydrofluoroalkan, DPI – dry powder inhalator – inhalator suchego proszku.