

INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA Z ASTMĄ CIĘŻKĄ W CELU KWALIFIKACJI DO LECZENIA W RAMACH PROGRAMU LEKOWEGO B.44¹

Data:

Dane Ośrodka kierującego/pieczątka:

.....

Nazwisko lekarza kierującego, telefon:

Imię i nazwisko pacjenta:

Nr (kod) skierowania:

Epikryza

1. Data rozpoznania astmy (data wykrycia pierwszych objawów choroby):

2. 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 na wizycie kwalifikacyjnej lub z ostatnich 12 miesięcy):

.....

a) W przypadku eozynofilii ≥ 150 komórek/ μ l dawki i daty systematycznie przyjmowanych steroidów systemowych

.....

.....

4. Liczba zaostrzeń w ciągu ostatnich 12 miesięcy (wymagających stosowania lub zwiększenia dawki systemowych GKS na okres dłuższy niż 3 dni, wymagających lub nie hospitalizacji lub wizyty w oddziale ratunkowym):

.....
.....

5. Wynik i data ostatniego badania spirometrycznego (jeżeli dostępny):

.....

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

.....

7. Hospitalizacja w ciągu ostatnich 12 miesięcy z powodu zaostrzenia astmy

(TAK / NIE) (proszę podać datę):

8. Incydent ataku astmy zagrażający życiu w przeszłości (TAK / NIE):

.....

Inne istotne informacje:

.....

.....

.....

Podpis i pieczęć lekarza

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

1. Wiek: ≥ 18 lat.
2. Eozynofilia we krwi na poziomie ≥ 350 komórek/ μ l na wizycie kwalifikacyjnej albo w ciągu 12 miesięcy poprzedzających kwalifikację chorego do udziału w programie lub ≥ 150 komórek/ μ l, jeżeli systematycznie, przez okres 6 miesięcy przed kwalifikacją z powodu braku kontroli astmy konieczne było przyjmowanie steroidów systemowych w dawce ≥ 5 mg dziennie i skumulowana roczna dawka steroidów doustnych wynosi $\geq 1,0$ g (w przeliczeniu na prednizon).
3. Stosowanie wysokich dawek wziewnych glikokortykosteroidów w połączeniu z innym lekiem kontrolującym astmę.
4. ≥ 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. 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 mini-AQLQ $< 5,0$ punktów).
6. Wykluczenie innych zespołów hipereozynofilii.
7. Niepalenie tytoniu.
8. Wykluczenie zakażenia pasożytniczego na podstawie prawidłowego wyniku badania kału.
9. Wykluczenie innych istotnych klinicznie chorób płuc.

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

1. Nadwrażliwość na mepolizumab lub benralizumab lub substancje pomocnicze.
2. Cięża i karmienie piersią.
3. U chorych leczonych lekami immunosupresyjnymi, przeciwnowotworowymi lub innymi lekami biologicznymi decyzję o rozpoczęciu leczenia biologicznego ciężkiej astmy podejmuje lekarz prowadzący po rozważeniu ryzyka i korzyści dla pacjenta wynikających z takiego leczenia.
4. Palenie tytoniu.
5. Inne zespoły hipereozynofilii lub inne istotne kliniczne choroby płuc.

Wybrane wziewne glikokortykosteroidy: formy i wielkości dawek dobowych (μg) u dorosłych i młodzieży (>12 lat)

		mała dawka (μg)	średnia dawka (μg)	duża dawka (μg)
wGKS	Beklometazon (dipropionian HFA)	100-200	>200-400	>400
	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 furoinian (DPI)	200	200	400

Opracowanie na podstawie GINA 2022 (<https://ginasthma.org/>).